| | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# INFORME DE ACTIVIDADES

CONTRATO 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025

DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026

INICIO DE ACTIVIDADES.

15/12/2025

| | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# CONTENIDO


OBJETO DEL CONTRATO …….. Pág. 3

SERVICIOS EXEQUIALES PRESTADOS …….. Pág. 4

BENEFICIOS PRESTADOS POR SERVICIO ..…… Pág. 10

OTRAS DISPOSICIONES …….. Pág. 21

ANEXOS DE FOTOCOPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION Y DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD


**EDGAR AUGUSTO FEIJOO RAMIREZ**
**C.C. 10.278.059 DE MANIZALES**

| | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# OBJETO DEL CONTRATO

SDSC – PRESTACION DE SERVICIOS EXEQUIALES DIRIGIDO A LA POBLACIÓN VULNERABLE DE LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO DEL MUNICIPIO DE IBAGUE.

| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# SERVICIOS EXEQUIALES PRESTADOS

| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Servicios Autorizados en Diciembre

| NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE DEFUNCIÓN | TIPO DE POBLACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| CAMILO ANDRES VARON ARANGO | 16/12/2025 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| ELKIN URUEÑA | 16/12/2025 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| JARDIN OSORIO FORERO | 17/12/2025 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| ALBERTO SANTOS RAMIREZ | 21/12/2025 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| WILLIAM ALBEIRO | 24/12/2025 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| DANIEL BOLAÑOS CASTILLO | 26/12/2025 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| FRANCHESCA FRANCO ALCAZAR | 26/12/2025 | MUJER | $ 2.460.000 |
| MELANIA MOLINA FIERRO | 30/12/2025 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| JESUS MARIA MORENO PALACIOS | 30/12/2025 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| **VALOR TOTAL** | | | **$ 22.140.000** |

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 16 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 16 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** ALICIA MILENA VARON

**IDENTIFICACIÓN:** 28556915

**DIRECCIÓN:** ARBOLEDA CAMPESTRE

**TELÉFONO:** 3018370624

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

### DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** CAMILO ANDRES VARON ARANGO

**IDENTIFICACIÓN:** 2000001064

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial **11238487**

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría 03 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 7560

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

VARON ARANGO CAMILO ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 2000001064 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 1 | 6 01:00 | 25125840307666 |

Presunción de muerte

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

| Documento presentado | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|
| Autorización judicial | Certificado Médico X | GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 17 | [illegible] |

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 28.556.915

VARON ARANGO

APELLIDOS

ALICIA MILENA

NOMBRES

Alicia Milena Varon Arango

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1982

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

14-FEB-2001 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

Sisbén

**Fecha de consulta:** 16/12/2025

**Ficha:** 73001050777900001801

# B3

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** CAMILO ANDRES

**Apellidos:** VARON ARANGO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 2000001064

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

| | |
|---|---|
| **Encuesta vigente:** | 22/06/2022 |
| **Última actualización ciudadano:** | 22/06/2022 |
| **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:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 2000001064 |
| NOMBRES | CAMILO ANDRES |
| APELLIDOS | VARON ARANGO |
| 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 | 18/03/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 12/16/2025 15:25:11 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.000.001.064
VARON ARANGO
APELLIDOS
CAMILO ANDRES
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1984
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
O+ G.S RH
M SEXO
10-SEP-2020 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-2900100-01158995-M-2000001064-20200913 0071714867A 1 8500616708

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**25125840307666**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparado en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto de una debida reserva en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines exclusivamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN
País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUÉ

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío) [ ] Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN: [ ] Fetal [X] No fetal
FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año 2025 Mes 12 Día 16
HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora 01 Minutos 00 [ ] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO
[X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento
[ ] Registro Civil [ ] Tarjeta de Identidad [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de Extranjería
[ ] Pasaporte [ ] Carné Diplomático [ ] Pasaporte de la ONU [ ] Permiso Especial de Permanencia
[ ] Salvo Conducto de Permanencia [ ] Documento Extranjero [ ] Certificado de Nacido Vivo [ ] Permiso de Protección Temporal
[ ] Adulto sin Identificar [ ] Menor sin Identificar [ ] Sin Información [ ] Otro ¿Cuál?

NÚMERO DE DOCUMENTO: 2.000.001.064

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO CTAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| VARON | ARANGO | CAMILO | ANDRES |

PROBABLE MANERA DE MUERTE
[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO:
[ ] Indígena
¿A cuál pueblo indígena pertenece?
[ ] ROM (gitano)
[ ] Palenquero de San Basilio
[X] Ninguno de los anteriores
[ ] Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
[ ] Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

CERTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento
[X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de Extranjería [ ] Pasaporte
[ ] Permiso Especial de Permanencia [ ] Permiso de Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1110491862

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MENESES | VARON | GABRIEL | ALEXANDER |

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
[X] Médico(a)
[ ] Promotor(a) de salud
[ ] Enfermero(a)
[ ] Funcionario(a) de Registro Civil
[ ] Auxiliar de enfermería

REGISTRO PROFESIONAL: 1110491862

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUÉ
FECHA: Año 2025 Mes 12 Día 16
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-16 16:34

Código verificación: C88C-4540-9051-0ECE

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 16 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 16 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** YURI URUEÑA

**IDENTIFICACIÓN:** 39581926

**DIRECCIÓN:** CALLE 20 # 14A SUR 80 B/ RICAURTE

**TELÉFONO:** 3134907987

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ELKIN URUEÑA

**IDENTIFICACIÓN:** 5827374

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.827.374**

**URUEÑA**
APELLIDOS

**ELKIN**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1982**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**07-FEB-2000 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A 2900100-00686266 M 0005827374 2015041[illegible] 00438[illegible]

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**25127540307661**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

MARCA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN: [ ] Fetal [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año 2025 Mes 12 Día 16

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora 14 Minutos 35 [ ] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [ ] Registro Civil | [ ] Tarjeta de Identidad | [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | NÚMERO DE DOCUMENTO |
| [ ] Pasaporte | [ ] Carné Diplomático | [ ] Pasaporte de la OMS | [ ] Permiso Especial de Permanencia | 5827374 |
| [ ] Salvo Conducto de Permanencia | [ ] Documento Extranjero | [ ] Certificado de Nacido Vivo | [ ] Permiso de Protección Temporal | |
| [ ] Adulto sin identificar | [ ] Menor sin identificar | [ ] Sin información | [ ] Otro ¿Cuál? | |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| URUEÑA | | ELKIN | |

PROBABLE MANERA DE MUERTE

[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO

[ ] Indígena [ ] ROM (gitano) [ ] Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia

¿A cuál pueblo indígena pertenece? [ ] Palenquero de San Basilio [ ] Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

[X] Ninguno de los anteriores

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

| | | | NÚMERO DE DOCUMENTO |
|---|---|---|---|
| [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | [ ] Pasaporte | 1110491860 |
| [ ] Permiso Especial de Permanencia | [ ] Permiso de Protección Temporal | | |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MENESES | JARON | GABRIEL | ALEXANDER |

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

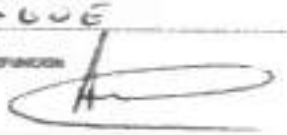
| | | | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|---|---|
| [X] Médico(a) | [ ] Enfermero(a) | [ ] Auxiliar de enfermería | 1110491860 |
| [ ] Promotor(a) de salud | [ ] Funcionario(a) de Registro Civil | | |

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA: Año 2025 Mes 12 Día 16

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN



REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-12-16 16:22

Código verificación: 3AFF-5E92-B2C1-844A


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
39.581.926
URUEÑA
YURY


FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1983
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-AGO-2001 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

calle 2c # 14A-31 SC B/ Ricaurte
3134907957
Hermana

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238486

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría: 05 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: 7 3 5 0

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: URUEÑA ELKIN

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 5827374 de IBAGHE

Sexo (en letras): Masculino

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción: Año 2025 Mes DIC Día 16 | Hora: 14:35 | Número de certificado de defunción: 25127540307661

**Presunción de muerte**

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

Documento presentado: Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X] | Nombre y cargo del funcionario: GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documentos de Identificación (Clase y número): C.C. 93394476 de IBAGUE | Firma: Jose Rivas

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número): | Firma:

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documentos de Identificación (Clase y número): | Firma:

**Fecha de inscripción**: Año 2025 Mes DIC Día 17 | Nombre y firma del funcionario que autoriza: [illegible]

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Sisbén

**Fecha de consulta:** 16/12/2025

Ficha: 7300105911793000004583

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

Nombres: **ELKIN**

Apellidos: **URUEÑA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **5827374**

Municipio: **Ibagué**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 25/05/2022

**Última actualización ciudadano:** 25/05/2022

**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**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 5827374 |
| NOMBRES | ELKIN |
| APELLIDOS | URUEÑA |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM | SUBSIDIADO | 10/08/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/16/2025 17:18:30 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 19 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 17 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** VICKY CONSTANZA FORERO

**IDENTIFICACIÓN:** 65767912

**DIRECCIÓN:** BARRIO VILLA DEL RIO CASA 20

**TELÉFONO:** 3238099427

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** MADRE

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JARDIN OSORIO FORERO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110498444

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
[9194719156O]

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 1.110.498.444 |
| Fecha de Expedición: | 19 DE JUNIO DE 2008 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | JARDIN OSORIO FORERO |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 18 de Enero de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 19 de diciembre de 2025

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

*Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (9194719156O) en la página web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"*

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**25128020309628**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-17 | 22:00:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1110498444 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| OSORIO | FORERO | JARDIN | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO<br>Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
|---|---|---|
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 53166038 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ZOLAQUE | SIERRA | DIANA | ANDREA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Medico | 53166038 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-12-18 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-18 19:31

900215007926943

Código verificación: 5818-44A3-B765-1230

La Aurora
Funerales y Capillas

**LA AURORA TOLIMA S.A.S.**

**NIT: 900.135.782-6**

**Ibagué 26 de diciembre 2025**

**Señores**
***REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE***

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| | | | |
|---|---|---|---|
| **(+) JARDIN OSORIO FORERO** | **FECHA DE DEFUNCION: 2025-12-17** | **CC 1110498444** | **CMD 25128020309628** |

Gracias por su colaboración

Andres Puentes

**Andres Puentes**
**Auxiliar De Servicios**
**La Aurora Tolima S.A.S**

REGISTRADURIA ESPECIAL DE IBAGUE
26 DIC 2025
RECIBI: Alexandra Rincón


CONSTANZA


02-MAR-1969
IBAGUE
(TOLIMA)
1.50
O+
F
13-DIC-1993 IBAGUE


Tipo de documento *
Cédula de Ciudadanía
Número de documento *
1110498444
Consultar
El tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía,
con el número de documento1110498444, NO se
encuentra en la base del Sisbén IV
Aceptar
© 2021 - Consulta categoría
Si usted actualmente es beneficiario
de algún programa social, consulte a la
entidad responsable sobre la
transición al Sisbén IV.

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 | 1110498444 |
| NOMBRES | JARDIN |
| APELLIDOS | OSORIO FORERO |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADO | MEDIMAS EPS S.A.S. | SUBSIDIADO | 01/10/2019 | 30/01/2020 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 12/19/2025 14:25:27 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

Sisbén

**Fecha de consulta:** 19/12/2025

**Ficha:** 730010805643000000095

**B1**

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** VICKY CONSTANZA

**Apellidos:** FORERO MORENO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 65767912

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 21/06/2023

**Última actualización ciudadano:** 21/06/2023

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 65767912 |
| NOMBRES | VICKY CONSTANZA |
| APELLIDOS | FORERO MORENO |
| 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 | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM | SUBSIDIADO | 01/02/2023 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 12/19/2025 13:31:27 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Ibagué, Tolima 19 de diciembre del 2025

**SEÑORA:**
**SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE BIENESTAR SOCIAL**
**DOCTORA CLAUDIA ARISTIZÁBAL**
**CIUDAD**

**ASUNTO: SOLICITUD**

**RECIBAN UN CORDIAL SALÚDO**

yo **VICKY CONSTANZA FORERO**. Identificada con cedula de ciudadanía **N°65.767.912 DE IBAGUE TOLIMA** en calidad de madre del fallecido **JARDÍN OSORIO** por medio de la presente muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de que me colabore en el caso de mi hijo el cual se encontraba en la prisión de Jamundi valle hace 6 años salió así hace seis días, pero lamentablemente le quitaron la vida se encontró en el sector del refugio. Segunda etapa, no cuenta con los recursos económicos para darle cristianos sepultura, ya que hoy medicina legal me hace entrega el cuerpo del joven y no cuento con la solvencia para enterrarlo el, a la cual él no cuenta con documento, sino únicamente con la resolución que va a entregar la o sea le hace entrega la medicina legal y los documentos los soportes no tengo el documento de él, juzgado del juzgado donde se encontraba los procesos.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración a la presente.

Anexo documentos del juzgado

Vicky Forero

**VICKY CONSTANZA FORERO**
**CC: 65.767.912 DE IBAGUE TOLIMA**
**CEL: 323 809 9427**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**

**JUZGADO DOCE DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE SANTIAGO DE CALI – VALLE DEL CAUCA**

**INTERLOCUTORIO Nro. 1602**

**Santiago de Cali, veintiuno (21) de noviembre de dos mil veinticinco (2025)**

| | |
|---|---|
| **SPOA:** | 730016000450201600625OO NI 14086 |
| **Condenado/a:** | Jardin Osorio Forero |
| **Identificación:** | C.C. 1110496444 |
| **Decisión:** | Declara tiempo, Redime Pena y Concede Libertad condicional. |

## I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede el despacho a resolver solitud de libertad condicional al sentenciado Jardin Osorio Forero, quien actualmente se encuentra recluido en el Complejo Carcelario de Jamundí – COJAM.

## II. ANTECEDENTES RELEVANTES

El Juzgado Segundo Penal del Circuito de Ibagué- Tolima, mediante sentencia del 15 de diciembre de 2010, condenó al señor **JARDIN OSORIO FORERO** a la pena principal de 214 meses y 15 días de prisión, así como a la accesoria de inhabilitación para el ejercicio de derechos y funciones públicas por un periodo de igual al de la pena principal, sin lugar a subrogados y sustitutos penales, por el delito de Homicidio Agravado. Fecha de captura: 16 de septiembre de 2010.

## III. LA SOLICITUD

Llega del Centro de Servicios de la Especialidad escrito remitido por el Penal a través de su asesora jurídica Dra. Diana Carolina López Rincon, mediante el cual se solicita la libertad condicional Jardin Osorio Forero. Asimismo, obra en el expediente escrito allegado por el mismo privado de la libertad, en el que solicita se le conceda dicho beneficio

- Cartilla Biográfica del Interno.
- Certificados de Conducta.
- Certificados Cómputos Trabajo/Estudio, Enseñanza.
- resolución favorable Nro. 2361 de fecha 28/08/2025

Obra en el legajo los siguentes documentos:

- Declaración ante la Notaria 2º del Circulo de Ibagué - Tolima, rendida por el señor Excenober Arias Gómez, en su calidad de amigo quien manifestó que conoce de vista, trato y comunicación al señor JARDIN OSORIO FORERO desde hace 8 años, indica que es una persona responsable, trabajador y no representa peligro para la sociedad.
- Declaración ante la Notaria 2º del Circulo de Ibagué - Tolima, rendida por la señora Vicki Constanza Forero Moreno en su calidad de madre del señor JARDIN OSORIO FORERO quien manifestó en caso de conceder la libertad condicional residirá en la dirección manzana C casa 1 Villa del Rio parte baja de la ciudad de Ibagué – Tolima, además indica que es una persona responsable cumplidora de sus deberes y no representa peligro para la sociedad.

- Copia del recibo de los servicios públicos.

## IV. CONSIDERACIONES

Como se allegó la petición de libertad condicional previa redención de pena, se adentrará el despacho, a analizar la viabilidad de estos, atendiendo los elementos materiales que se han arrimado a la foliatura y los preceptos que reglamentan el mencionado beneficio y subrogado penal.

**A. De la redención de pena**

Como se allegaron por la autoridad del Inpec las pruebas para examinar lo relacionado a una redención de pena en favor del ajusticiado, el despacho procederá a estudiar los cómputos antes descritos.

En ese propósito, preciso es indicar que, a voces del artículo 10º del Código Penitenciario y Carcelario[1]: *"El tratamiento penitenciario tiene la finalidad de alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario"*, que no es más que la expresión consecuente al modelo de Estado Social de Derecho y la realización del principio-valor de la dignidad humana.

El Código Penitenciario y Carcelario fija la competencia en el Juez de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad para conceder la redención de pena por trabajo, estudio o enseñanza a los condenados a pena privativa de la libertad, para lo cual deberá tener en cuenta la evaluación que se haga de las respectivas actividades, pero también la conducta del interno, de esta manera lo ha estipula dicho código:

> ***"Artículo 97. REDENCIÓN DE PENA POR ESTUDIO.*** *El juez de ejecución de penas y medidas de seguridad concederá la redención de pena por estudio a los condenados a pena privativa de la libertad. Se les abonará un día de reclusión por dos días de estudio. Se computará como un día de estudio la dedicación a esta actividad durante seis horas, así sea en días diferentes. Para esos efectos, no se podrán computar más de seis horas diarias de estudio. Los procesados también podrán reunir actividades de redención, pero solo podrá computarse una vez quede en firme la condena, salvo que se trate de resolver sobre su libertad provisional por pena cumplida."*

Por consiguiente, como al tenor de esa misma normativa el trabajo, el estudio y la enseñanza, junto con la disciplina del sentenciado, constituyen base o parámetro de ponderación para el cumplimiento de esa teleología del tratamiento penitenciario y, en el entendido que obra la prueba aportada por la Dirección del Centro Penitenciario que demuestra el cumplimiento de los requisitos para la redención de pena, se reconocerá al penado **JARDIN OSORIO FORERO** así:

| Nro. de certificado | Horas Trabajo | Horas Estudio | Horas Enseñanza | Periodo | Conducta |
|---|---|---|---|---|---|
| 19697795 | | 246 | - | 01/06/2025 – 31/07/2025 | BUENA |
| **Total** | | 246 | | | |

- Se reconocerá al susodicho sentenciado, redención de pena equivalente a: **20.5 días**, por 246 horas de estudio.

**B. Del tiempo Redimido por los Juzgados 1º Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de la Dorada – Caldas, 3 de Guaduas – Cundinamarca y este Despacho.**

[1] Ley 65 de 1993
[2] Artículo 97 del Código Penitenciario y Carcelario, modificado por el artículo 68 de la Ley 1709 de 2014

- *Auto interlocutorio Nro. 952 de fecha 08 de junio de 2016, reconoció: 1 mes y 29 días.*
- *Auto interlocutorio Nro. 1841 de fecha 12 de octubre de 2016, reconoció: 24.5 días.*
- *Auto interlocutorio Nro. 1788 de fecha 21 de julio de 2016 reconoció: 1 mes y 20.4 días.*
- *Auto interlocutorio Nro. 2174 de fecha 17 de julio de 2018 reconoció: 6.5 días*
- *Auto interlocutorio Nro. 2670 de fecha 31 de agosto de 2018 reconoció: 13 días*
- *Auto interlocutorio Nro. 3654 de fecha 31 de octubre de 2018 reconoció: 1 mes y 0.5 días*
- *Auto interlocutorio Nro. 4018 de fecha 23 de noviembre de 2018 reconoció: 10 días*
- *Auto interlocutorio Nro. 4617 de fecha 28 de diciembre de 2018 reconoció: 20.5 días*
- *Auto interlocutorio Nro. 1030 de fecha 15 de marzo de 2019 reconoció: 1 mes y 1 día*
- *Auto interlocutorio Nro. 0840 de fecha 29 de agosto de 2024 reconoció: 1 mes y 24.5 días.*
- *Auto Interlocutorio Nro. 1137 de fecha 27 de agosto de dos mil veinticinco 2025 reconoció: 20.5 días.*

**C. Del tiempo físico descontado**

El condenado ha estado privado de la libertad por el presente asunto en los siguientes momentos:

- Desde el 16 de septiembre de 2010 hasta el día 17 de enero de 2020 - (fecha anterior al día de privación de la libertad dentro del proceso radicado 73001-60-00- 450-2019-04971-00, N.I 34385) logrando descontar **112 meses y 1 día.**

- Desde el día 17 de julio de 2023, fecha en la cual se legaliza la captura por el Homologo Sexto de Ibagué - Tolima, hasta la fecha logrando descontar **28 meses y 5 días.**

Para un total un gran total de: **140 meses y 6 días.**

Aunada el tiempo físico de privación de libertad **-140 MESES Y 6 DÍAS** - a las redenciones de pena reconocidas en autos anteriores **-10 meses y 20.5 días,** a la redención por principio de favorabilidad de **2** meses **y 6.6 días**, redención del presente asunto de **20.5 días,** y al abono a tiempo de **4 meses y 12 horas**, dado que en el proceso vigilado por el homologo Sexto de Ibagué con rad: 2019-04971 el penado purgo en exceso; tenemos que el sentenciado ha descontado hasta el día de hoy, un gran total de **157 MESES Y 23.6 DÍAS.**

**D. De la Libertad Condicional.**

La libertad condicional es un mecanismo sustitutivo de la pena que tiene que analizarse de cara a las disposiciones legales que regulan la materia, pues, de un lado, el artículo 64 del Código Penal, con todo y las modificaciones que le introdujo el artículo 30 de la ley 1709 de 2014, señala:

Este ajuste resulta indispensable para garantizar la corrección formal del trámite, la precisión jurídica de las actuaciones, y el pleno respeto del principio de legalidad penal, asegurando así la coherencia y fidelidad del proceso a los antecedentes reales del condenado.

En mérito de lo expuesto el **JUZGADO DOCE DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE CALI, VALLE DEL CAUCA;** administrando justicia y por mandato de la Constitución y la Ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: RECONOCER** al sentenciado **JARDIN OSORIO FORERO** redención de pena equivalente a **20.5 DÍAS**, por 246 horas de estudio.

**SEGUNDO**: **DECLARAR** que, a la fecha de esta providencia, el condenado **JARDIN OSORIO FORERO,** ha purgado un gran total de **157 MESES Y 23.6 DÍAS.**

**TERCERO: CONCEDER** al sentenciado **JARDIN OSORIO FORERO** el subrogado de la libertad condicional; por un periodo de prueba de **CATRO (04) AÑOS, OCHO (8) MESES Y VEINTIUNO PUNTO OCHO (21.8) DÍAS**, para lo cual deberá suscribir diligencia en la que se comprometa a cumplir con las obligaciones de que trata el artículo 65 del Código Penal, que garantizará con caución prendaria por la suma de TRES (3) S.M.L.M.V., que consignará en la cuenta de depósitos judiciales No. 760012037012, que para el efecto tiene este Juzgado en el Banco Agrario de Colombia S.A., o a través de Póliza Judicial. comprometiéndose a cumplir las obligaciones descritas en el artículo 65 del Código Penal, consistentes en:

1. Informar todo cambio de residencia.
2. Observar buena conducta.
3. Reparar los daños ocasionados con el delito, a menos que se demuestre que está en imposibilidad económica de hacerlo.
4. Comparecer personalmente ante la autoridad judicial que vigile el cumplimiento de la sentencia, cuando fuere requerido para ello.
5. No salir del país sin previa autorización del funcionario que vigile la ejecución de la pena.

Se le hace saber a la procesada **JARDIN OSORIO FORERO** que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones adquiridas, le trae como consecuencia inmediata la pérdida del beneficio concedido.

**CUARTO:** Una vez se notifique esta decisión, comprometiéndose al cumplimiento de las obligaciones reseñadas, y se constituya la caución impuesta por el beneficiado. LÍBRESE la respectiva orden de excarcelación para que se haga efectiva su liberación, **siempre y cuando no sea requerido por otra autoridad**.

**SE OBSERVA QUE SE ENCUENTRA REQUERIDO POR EL PROCESO BAJO RADICADO No. 730016106625200800516, A ORDENES DEL JUZGADO 32° DE EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LA CIUDAD DE BOGOTA.**

**QUINTO:** en firme la presente decisión y efectivizado la Libertad Condicional de JARDIN OSORIO FORERO, remítase el expediente por competencia a los señores Jueces de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad (reparto) de Ibagué - Tolima - para que continúe con la vigilancia y ejecución de la pena, De conformidad con el inciso segundo del artículo primero del acuerdo 54 de 24 de mayo de 1994

**SEXTO:** efectuar la aclaración correspondiente, dejando establecido que la conducta por la cual fue sentenciado el penado es homicidio agravado, y no el delito inicialmente referido de Secuestro Extorsivo, ajuste que resulta indispensable para garantizar la corrección formal del trámite, la precisión jurídica de las actuaciones y el pleno respeto del principio de legalidad penal.

**SÉPTIMO:** REMÍTASE copia de esta providencia, tanto al enjuiciado como a la Asesoría Jurídica del establecimiento carcelario, para que haga parte de la hoja de vida del sancionado.

**OCTAVO:** Contra la presente providencia proceden los recursos de reposición y apelación en los términos de ley.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**El Juez,**

**(Firma electrónica al final del documento)**
**HAROLD MAURICIO MONROY MONTAÑO**

**NOTIFICACIÓN:** Hoy _____ notifico personalmente el contenido de la providencia a:

**MINISTERIO PÚBLICO**
Notificado

**JARDIN OSORIO FORERO**
Notificado - COJAM

*Firmado Por:*

*Harold Mauricio Monroy Montaño*
*Juez*
*Juzgado De Circuito*
*Ejecución 012 De Penas Y Medidas De Seguridad*
*Cali - Valle Del Cauca*

*Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica conforme a lo dispuesto en la Ley 527 de 1999 y el artículo 11 del Acuerdo PCSJA20-11567 de 2020.*

*Código de verificación: [illegible]*
*Documento generado el 22/11/2024 a las 08:37:52*

*Descargue el archivo y valide este documento electrónico en la siguiente URL: https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica*

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO**

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI**
**SECRETARÍA SALA PENAL**

Santiago de Cali, 4 de diciembre de 2025

Oficio SSPCALI No.12913 T1

Señor
JARDÍN OSORIO FORERO
C.C. 1110498444, Pabellón 2 C
Interno
Establecimiento Penitenciario "Cojam"
Jamundí - Valle

| | | |
|---|---|---|
| **REFERENCIA** | : | **ACCION DE TUTELA 1RA INSTANCIA** |
| **RADICACIÓN** | : | **76001-22-04-000-2025-01697-00** |
| **ACCIONANTE** | : | **JARDÍN OSORIO FORERO** |
| **ACCIONADO** | : | **JUZGADO 12 EPMS CALI** |
| **M. PONENTE** | : | **DR. ORLEYDO ECHEVERRY SALAZAR** |

Cordial saludo:

Comedidamente, le **NOTIFICO** que, en el asunto de la referencia se ha proferido decisión del 02 de diciembre de dos mil veinticinco (2025), discutida y aprobada mediante acta No. 556, la cual resolvió:

*"**PRIMERO. – DECLARAR CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO** respecto de la acción de tutela instaurada por señor Jardín Osorio Forero contra el Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, por la presunta vulneración del derecho fundamental al debido proceso, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído. **SEGUNDO.** – Contra la presente decisión procede el mecanismo de impugnación. En caso de no ser recurrida, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión."*

Atentamente,

**ANDREA MURIEL PALACIOS**
**Secretaria**

LUIS E. MOLINA
CRA. 4 No. 12-04 OFICINA 113. "PALACIO NACIONAL DE JUSTICIA"
TEL. 8950800 ext 8119-8120
e- mail: sspencali@cendoj.ramajudicial.gov.co

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO**

**JUDICIAL DE CALI**

**-Sala de Decisión Penal-**

Magistrado Ponente

**ORLANDO ECHEVERRY SALAZAR**

| | |
|---|---|
| Radicación | : 76001-2204-000-2025-01697-00 |
| Accionante | : Jardin Osorio Forero |
| Accionado | : Juzgado 12° EPMS Cali |
| Asunto | : Tutela 1ra Instancia |

**PROYECTO DISCUTIDO Y APROBADO**

**ACTA No. 556**

Santiago de Cali, diciembre dos (2) de dos mil veinticinco (2025)

**OBJETO DE LA DECISIÓN**

Resuelve el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali –Sala de Decisión Constitucional–, la acción de tutela interpuesta por el señor **Jardín Osorio Forero** contra el **Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali**, por la presunta vulneración del derecho **fundamental al debido proceso.**

## SÍNTESIS DE LOS HECHOS

Expuso el señor Jardin Osorio Forero, que el dia 28 de agosto de 2025, el área jurídica del Establecimiento Penitenciario de Jamundí remitió ante el Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, **solicitud de libertad condicional en su favor. Sin embargo, el juez de vigia** no se ha pronunciado al respecto.

## ACTUACIÓN PROCESAL

**1. –** Mediante auto del 18 de noviembre de 2025, la Sala avocó el conocimiento de la acción constitucional y dispuso correr traslado a la **parte accionada, vinculando al trámite al Centro de Servicios** Administrativos de los Juzgados de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali.

**2. –** El titular del **Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali,** informó que mediante auto interlocutorio No. 1602 del 21 de noviembre de 2025, resolvió conceder el subrogado de libertad condicional al señor Jardin Osorio Forero, previa suscripción de acta de compromiso y caución prendaria. Por consiguiente, solicitó se declare la carencia actual de objeto por hecho superado.

**3. –** El **Centro de Servicios Administrativos de los Juzgados de Ejecución de Penas,** indicó que dentro del proceso con radicado No. 73001600045020100062500, seguido en contra del señor Jardin Osorio Forero, se registró auto interlocutorio No. 1602 del 21 de noviembre de 2025, concediendo la libertad condicional en favor del procesado.

Señaló que la providencia fue enviada en ruta de citaduría física, con el fin de notificar personalmente al señor Jardín Osorio. Por consiguiente, solicitó su desvinculación del trámite.

**4. – El Establecimiento Penitenciario de Jamundí** allegó constancia de notificación del auto interlocutorio No. 1602 del 21 de noviembre de 2025.

## CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

**1.-** La Sala es competente para pronunciarse sobre la presente demanda, conforme lo establecido en los artículos 86 Superior y 37 del Decreto 2591 de 1991, en concordancia con lo previsto en el artículo 2.2.3.1.2.1 del Decreto 1069 de 2015, modificado por el Decreto 333 de 2021, por cuanto se dirige en contra de un Juzgado de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, del cual esta corporación es superior funcional.

**2.-** En el *sub judice*, el problema jurídico se contrae a determinar si el Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, se encuentra vulnerando el derecho fundamental al debido proceso del señor Jardín Osorio Forero, al no pronunciarse sobre su solicitud de libertad condicional.

**3.-** El artículo 86 de la Constitución Política establece que toda persona tiene derecho a promover acción de tutela ante los jueces, con miras a obtener la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando por acción u omisión le sean vulnerados o amenazados por cualquier autoridad pública o por particulares, en los casos previstos de forma expresa en la ley, siempre que no exista otro medio de defensa judicial, o si pese a existir, se utiliza como mecanismo

Concretamente, con relación al **hecho superado**, ha precisado la doctrina de la Corte Constitucional, que se presenta cuando "*entre el momento de interposición de la acción de tutela y el fallo, se evidencia que como consecuencia del obrar de la accionada, se superó o cesó la vulneración de derechos fundamentales alegada por el accionante. Dicha superación se configura cuando se realizó la conducta pedida (acción u abstención) y, por tanto, terminó la afectación, resultando inocuo cualquier intervención del juez constitucional en aras de proteger derecho fundamental alguno, pues ya la accionada los ha garantizado*"[2].

En consecuencia, no es otra la decisión de la Sala que declarar la **CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO** respecto de la acción de tutela instaurada por el señor Jardin Osorio Forero contra el Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, por la presunta vulneración del derecho fundamental al debido proceso.

Sin más consideraciones, **EL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI, VALLE DEL CAUCA, SALA DE DECISIÓN PENAL, administrando justicia en nombre del pueblo y por autoridad de la Constitución.**

**RESUELVE**

**PRIMERO. – DECLARAR CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO** respecto de la acción de tutela instaurada por señor Jardin Osorio Forero contra el Juzgado 12° de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cali, por la presunta vulneración del derecho

[2] Corte Constitucional sentencia T-038 de 2019.

**fundamental al debido proceso, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.**

**SEGUNDO. –** Contra la presente decisión procede el mecanismo de impugnación. En caso de no ser recurrida, envíese a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**Notifíquese y cúmplase,**

**SOCORRO MORA INSUASTY**
-Magistrada-
76001-2204-000-2025-01697-00

**LEOXMAR BENJAMIN MUÑOZ ALVEAR**
-Magistrado-
76001-2204-000-2025-01697-00

**ORLANDO ECHEVERRY SALAZAR**
-Magistrado Ponente-
76001-2204-000-2025-01697-00

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 21 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 21 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** DARIO FERNANDO KANDIA

**IDENTIFICACIÓN:** 14242369

**DIRECCIÓN:** CALLE 14 #473 PISO 4

**TELÉFONO:** 3125907353

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** PRIMO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ALBERTO SANTOS RAMIREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 14213224

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
14.213.224
NUMERO



SANTOS RAMIREZ
APELLIDOS

ALBERTO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1952
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

29-OCT-1973 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ



A-2000100-83114902-M-0014213224-20031105 03227 03309O 01 143977105

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25124920312289**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-21 | 17:20:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 14213224 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| SANTOS | RAMIREZ | ALBERTO | |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía | 1110478873 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| DIAZ | VIDALES | ANGY | STEFANIA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1110478873 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | |
|---|---|
| Departamento | Municipio |
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-12-21 | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2025-12-21 18:44

Código verificación: 7B7A-B35C-574E-28D6

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238494

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

SANTOS RAMIREZ ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 14213224 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 21 | 17:20 | 25124920312289 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|
| Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X] | ANGY STEFANIA DIAZ VIDALES |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 23 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Duplicado

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.242.369
KANDIA RAMIREZ
APELLIDOS
DARIO FERNANDO
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1961
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

27-MAR-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2900100-00130410-M-0014242369-20061121 0006580202A 1 6360015398

Sisbén

| | |
|---|---|
| **Fecha de consulta:** | 06/01/2026 |
| **Ficha:** | 730010441397900015979 |

# B4

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ALBERTO

**Apellidos:** SANTOS RAMIREZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 14213224

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

| | |
|---|---|
| **Encuesta vigente:** | 10/11/2024 |
| **Última actualización ciudadano:** | 10/11/2024 |
| **Última actualización vía registros administrativos:** | |

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

## Contacto Oficina SISBEN

| | |
|---|---|
| **Nombre administrador:** | NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA |
| **Dirección:** | Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA |
| **Teléfono:** | |
| **Correo Electrónico:** | sisben@ibague.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 | 14213224 |
| NOMBRES | ALBERTO |
| APELLIDOS | SANTOS RAMIREZ |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 20/12/2025 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/06/2026 11:22:21 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 24 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 24 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ NIDIA VELOZA PEREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 65743342

**DIRECCIÓN:** CALLE 29 # 13-25 B/ FENALCO

**TELÉFONO:** 3186938605

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** WILLIAM ALVEIRO VELOZA PEREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 93374597

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **93.374.597**

**VELOZA PEREZ**
APELLIDOS

**WILLIAM ALVEIRO**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO [illegible]

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**30-MAR-1987 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01094688-M-0093374597-20190823 0067473383A 1 6365601584

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**25126520315312**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-24 | 21:30:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 93374597 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| VELOZA | PEREZ | WILLIAM | ALVEIRO |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1110494054 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MARQUEZ | MERCADO | JAIRO | |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1110494054 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-12-25 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-25 02:04

Código verificación: 9129-15B1-F787-928C

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238496

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | | Notaría | | 03 Consulado | | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código 9560

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

VELOZA PEREZ WILLIAM ALVEIRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 93374597 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 24 | 21:30 | 25126520315312 |

Presunción de muerte

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | JAIRO MARQUEZ MERCADO |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 26 | BLADIMIRO MOLINA VERGEL |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.743.342

VELOZA PEREZ

APELLIDOS

LUZ NIDIA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1965

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1987 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00159215-F-0065743342-20090613 0012462471A 1 6360014134

Sisbén

**Fecha de consulta:** 06/01/2026

**Ficha:** 730010461386300004156

# C2

**Vulnerable**

**DATOS PERSONALES:**

**Nombres:** WILLIAM ALVEIRO

**Apellidos:** VELOZA PEREZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 93374597

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA:**

**Encuesta vigente:** 27/04/2022

**Última actualización ciudadano:** 27/04/2022

**Última actualización de registros administrativos:**

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 93374597 |
| NOMBRES | WILLIAM ALVEIRO |
| APELLIDOS | VELOZA PEREZ |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/06/2026 11:26:14 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

| Observaciones |
|---|
| Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia pues se encuentra reportado en las Tablas de Referencia de la ADRES en estado Fallecido, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente. |

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

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 26 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 26 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** BLANCA LIGIA BOLAÑOS CASTILLO

**IDENTIFICACIÓN:** 35512545

**DIRECCIÓN:** MANZANA A BARRIO ALAMOS

**TELÉFONO:** 3132139179

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** DANIEL BOLAÑOS CASTILLO

**IDENTIFICACIÓN:** 4881814

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

4.881.814
BOLAÑOS CASTILLO

DANIEL



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1956
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-NOV-1976 ACEVEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A 2900100 01044086-M-0004881814-20161106 0063107606A 1 9906322917

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

**25122240307663**

I. INFORMACION GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Pais COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio IBAGUE

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

X Cabecera Municipal

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCION: X Natural

FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION: Año 2025 Mes 12 Dia 26

SEXO DEL FALLECIDO: X Masculino

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento:

X Cédula de Ciudadanía

NUMERO DE DOCUMENTO: 4881814

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido: BOLAÑOS Segundo apellido: CASTILLO Primer nombre: DANIEL

PROBABLE MANERA DE MUERTE

X Natural

DE ACUERDO CON LA CULTURA, RASGOS O RASGOS FISICOS EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

X Ninguno de los anteriores

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION Tipo de documento:

A. Cédula de Ciudadanía

NUMERO DE DOCUMENTO: 1110491866

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

Primer apellido: MENESES Segundo apellido: VARON Primer nombre: GABRIEL Segundo nombre: ALEXANDER

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

X Medico (a)

REGISTRO PROFESIONAL: 1110491866

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUÉ

FECHA Año 2025 Mes 12 Dia 26

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

Codigo verificacion 4D90-B327-3D0B-63FF

ID SISTEMA UNICO DE AFILIADOS Nacionalidad y Defunciones

Fecha de registro: 2025-12-26 16:22

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238498

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría: 03 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: 7 5 4 5

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: BOLAÑOS CASTILLO DANIEL

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 4881814 de ACEVEDO | Masculino |

**Datos de la defunción**

Lugar de defunción - País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 26 | XX:XX | 25122240307663 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 27 | REGISTRADO EN IBAGUE |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.512.545
BOLAÑOS CASTILLO
APELLIDOS
BLANCA LIGIA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1968
ACEVEDO
(PUEBLO NUEVO)
1.55 O+ F
BOGOTA D.C.

Sisbén

**Fecha de consulta:** 26/12/2025

Ficha: 73001059117930000724S

C1

**Vulnerable**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** DANIEL

**Apellidos:** BOLAÑOS CASTILLO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 4881814

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 11/09/2022

**Última actualización ciudadano:** 11/09/2022

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

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

¿Hemos actualizado su información? Este proceso se realiza en los siguientes casos:

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 4881814 |
| NOMBRES | DANIEL |
| APELLIDOS | BOLAÑOS CASTILLO |
| 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 | 25/10/2018 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/26/2025 14:40:22 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 29 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 26 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** HUGO ALEXANDER GUTIERREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 86052578

**DIRECCIÓN:** CRA 8 #130-08 BARRIO SALADO

**TELÉFONO:** 3203406633

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** PRIMO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

### DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** FRANCHESCA FRANCO ALCAZAR

**IDENTIFICACIÓN:** 1006026311

**PROGRAMA:** MUJER JOVEN

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



**PRIMERA VEZ CC**
**1.006.026.311**

APELLIDOS / NOMBRES
**FRANCO ALCAZAR**
**FRANCHESCA**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**27-AGO-2003**
**LERIDA - TOLIMA**

FECHA DE EXPEDICIÓN
**06-SEP-2021**

SEXO
**FEMENINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN
**IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE**

OFICINA DE ENTREGA
**IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE**

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

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 06-MAR-2022**

**8502828169**
**06-SEP-2021**

Scanned with CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25128820319448**

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

879-25

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-26 | (Sin establecer) |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 1006026311 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| FRANCO | ALCAZAR | FRANCHESCA | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 11317645 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| CARVAJAL | BARRETO | JOAQUIN | LUIS HERNANDO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 11317645 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-12-28 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-29 14:59

Código verificación: 12A9-E2F5-6807-46DE

978101083076789

FISCALIA

**NUNC 730016000450202502951**
**Oficio No. 20460-43-01-2383**

Ibagué, 29 de Diciembre de 2025

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito sea entregado el cadáver de quien en vida respondia al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **FRANCHESCA FRANCO ALCAZAR** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C. 1.006.026.311 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 27/08/2003 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | LERIDA TOLIMA |
| SEXO | FEMENINO |
| AL SEÑOR (A) | **HUGO ALEXANDER GUTIERREZ ALCAZAR** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C. 86.052.578 |
| EXPEDIDA EN | VILLAVICENCIO META |
| RESIDENCIA | CARRERA 8 No. 130 – 08 RESERVA BILBAO BARRIO EL SALADO |
| TELÉFONO | 3203406633 |
| PARENTESCO | PRIMO HERMANO |

A quien Policía Judicial CTI le practicó inspección técnica a cadáver, el día 27 de Diciembre de 2025. Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**CINTHYA MILENA RUIZ RODRIGUEZ**
**FISCAL 82 LOCAL**
**UNIDAD DE REACCIÓN INMEDIATA**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
66.052.578
GUTIERREZ ALCAZAR
HUGO ALEXANDER



02-ABR-1976
ROVIRA
(TOLIMA)
1.68 O+ M
08-ABR-1995 VILLAVICENCIO

Sisbén

Fecha de consulta: 29/12/2025

Ficha: 73001051560500000134

A5

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** FRANCHESCA

**Apellidos:** FRANCO ALCAZAR

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1006026311

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Encuesta vigente: 01/10/2019

Última actualización ciudadano: 24/02/2022

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

Ibagué (Tolima), Diciembre 29 de 2025

**Señores**
**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO**
**ALCALDÍA MUNICIPAL DE IBAGUÉ**
**Ciudad**

Asunto: Solicitud de apoyo para cristiana sepultura

Respetados señores:

Yo, MELVA ALCAZAR GUALTERO, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 28.795.883, en calidad de abuela de quien en vida respondía al nombre de FRANCHESCA FRANCO ALCAZAR, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.026.311, y residente en la Cra. 14 No. 156 – 119, barrio Chico El Salado de la ciudad de Ibagué, me permito acudir respetuosamente ante su despacho con el fin de solicitar su valiosa colaboración, debido a las difíciles y dolorosas circunstancias que actualmente atravieso.

Mi nieta, lamentablemente, cayó en el flagelo de las drogas y fue encontrada sin vida el día 27 de diciembre de 2025, al parecer en hechos que constituyen una muerte violenta, situación que ha generado un profundo impacto emocional y social en nuestra familia. Es de resaltar que durante el año anterior mi nieta y mi persona residíamos en la ciudad de Bogotá, pero a finales del año pasado regresamos a establecernos nuevamente en la ciudad de Ibagué (Tolima).

En la actualidad, no cuento con los recursos económicos necesarios para brindarle a mi nieta una cristiana sepultura, razón por la cual acudo respetuosamente ante esta honorable entidad, solicitando apoyo humanitario y social para poder cubrir los gastos funerarios y darle una despedida digna. Agradezco de antemano la atención prestada a la presente solicitud, confiando en la sensibilidad social y humanitaria que caracteriza a esta Secretaría.

Quedo atenta a cualquier información adicional que se requiera y a una pronta respuesta.

Cordialmente,

**MELVA ALCAZAR GUALTERO**
**C.C. No. 28.795.883**
**Dirección: Cra. 14 No. 156 – 119, B/ Chico El Salado Ibagué – Tolima**
**Teléfono: 320 – 340 66 33**

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.795.883**

**ALCAZAR GUALTERO**

APELLIDOS

**MELVA**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1955**

**LERIDA**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.56** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-ENE-1976 LERIDA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00453180-F-0028795883-20130729 **0034**192701A 1 6362430610

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 29/12/2025

**Ficha:** 73001051560500000134

A5

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** MELVA

**Apellidos:** ALCAZAR GUALTERO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 28795883

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 01/10/2019

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

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 28795883 |
| NOMBRES | MELVA |
| APELLIDOS | ALCAZAR GUALTERO |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 12/29/2025 13:17:52 | 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**,

REGION

2025-12-28

# Identificada la mujer encontrada sin vida a orillas de la quebrada Chembe en Ibagué



**Como Francheska Franco Alcázar fue identificada la mujer hallada muerta en la vereda Cantzales, zona rural de Ibagué, en un hecho que es materia de investigación por parte de las autoridades judiciales.**

**El cuerpo fue encontrado a la orilla de la quebrada Chembe, cerca del puente ubicado en esta zona rural, boca abajo y semidesnudo. De acuerdo con la información conocida, la víctima presentaba signos de violencia y, de manera preliminar, se presume que habría sido atacada con arma blanca. Asimismo, se reportó que tenía varios tatuajes visibles en la espalda, elementos que hicieron parte del proceso de identificación.**

**El caso fue asumido por el Cuerpo Técnico de Investigación (CTI) de la Fiscalía General de la Nación, entidad que ha mantenido total hermetismo frente a los avances, posibles móviles y responsables del homicidio. Hasta el cierre de esta información, no se ha emitido ningún pronunciamiento oficial por parte de las autoridades.**



Fuentes cercanas al proceso judicial, consultadas por El Irreverente Ibagué, señalaron que la víctima habría tenido antecedentes judiciales por diferentes delitos. No obstante, esta información no ha sido confirmada oficialmente por la Fiscalía ni por otra autoridad competente, por lo que hace parte únicamente de versiones conocidas en el marco de la investigación.

De igual manera, se indicó que en el lugar donde fue hallado el cuerpo se encontraron botellas de licor y sustancias alucinógenas, un aspecto que también está siendo analizado por los investigadores para establecer si guarda relación con el crimen.

Las autoridades continúan con las labores de recolección de pruebas y testimonios para esclarecer este homicidio ocurrido en zona rural de la capital del Tolima. Mientras tanto, el caso permanece en etapa de indagación preliminar.

**POR:** Redacción Judicial El Irreverente Ibagué

Comparte en:

## Tambien te puede interesar


Diputado Juan Guillermo Beltrán propone el no uso de celulares en las aulas de clase


Uribe mostró cómo planea recuperar a Colombia tras arremeter contra Petro


Se aprueba proyecto de ley para esterilizar perros y gatos callejeros en Colombia


¡Atención! Yegua que estaba agonizando fue atendida por el CAPA


¡Trampa mortal! Tremendos huecos generan accidentes en la Ciudadela Comfenalco de Ibagué


Conozca las opciones que ofrece Comfenalco Tolima para Celebrar el Día de la Madre

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 31 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 30 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

**IDENTIFICACIÓN:** 65738216

**DIRECCIÓN:** JARDIN DE LOS ABUELOS

**TELÉFONO:** 3214653180

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TRABAJADORA SOCIAL

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** MELANIA MOLINA FIERRO

**IDENTIFICACIÓN:** 28529831

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


OLOMBIA
PERSONAL
MOLIN
APELLIDOS
MELANIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1942
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
16-OCT-1984 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
0061147987A 1
9904296796

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25127620321045**

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal

Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-30 | 17:00 00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|---|
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 28529831 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MOLINA | FERRO | MELANIA | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO: Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo o etnia pertenece? |
|---|---|---|
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cedula de ciudadania | 51804625 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| Franco | Torres | Yolima | |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Medico | 51804625 |

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-12-31 | Yolima Franco T. |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2025-12-31 00:56

Código verificación: DEFD-B320-3E1E-5055

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial **5172678**

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código E M H

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

MOLINA FERRO MELANIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| CC No. 28529831 DE IBAGUE | FEMENINO |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes DIC Día 30 | 17:00 | 25127620321045 |

**Presunción de muerte**

| Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia |
|---|---|
| | Año Mes Día |

| Documento presentado | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|
| Autenticación judicial [ ] Certificado Médico [ ] | YOLIMA FRANCO TORRES -MEDICO |

**Datos del denunciante**

HENAO RIOS ELVER NOLBERTO

Apellidos y nombres completos

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 93395355 DE IBAGUE | |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 26 | ESPERANZA RODRIGUEZ ROSERO |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRO EXTEMPORANEO ORDENADO POR LA INSPECTORA MARIA DEL SOCORRO ESCOBAR TORRES MEDIANTE RESOLUCION N° 002 DE FECHA 22 DE ENERO DE 2026

REPUBLICA DE COLOMBIA IBAGUE

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



65 71
ACOSTA
LUZ ANGELLA
Luz Angela
Acosta



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1987
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-OCT-1998 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Sisbén

Fecha de consulta: 31/12/2025

Ficha: 73001040568900016996

B2

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

Nombres: MELANIA

Apellidos: MOLINA FERRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28529831

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/08/2021

Última actualización ciudadano: 13/08/2021

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.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 | 28529831 |
| NOMBRES | MELANIA |
| APELLIDOS | MOLINA FERRO |
| 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 | 01/01/2019 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/31/2025 10:54:17 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de IBAGUÉ

# AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 30 DE DICIEMBRE DE 2025

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 30 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** YEIMMI KATHERINE MORENO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110567424

**DIRECCIÓN:** BARRIO REFUGIO

**TELÉFONO:** 3108663123

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JESUS MARIA MORENO PALACIOS

**IDENTIFICACIÓN:** 93402039

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
93.402.039
MORENO PALACIOS
JESUS MARIA


FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1976
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
24-ENE-1995 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25129320321326**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año - Mes - Día: 2025-12-30 | | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora - Minutos: 19:58:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 93402039 |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): Primer apellido: MORENO | Segundo apellido: PALACIOS | Primer nombre: JESUS | Segundo nombre: MARIA |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE: No natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO: Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1053829924 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR: Primer apellido: ROBERO | Segundo apellido: MONTOYA | Primer nombre: SAYDA | Segundo nombre: TATIANA |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1053829924 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Año - Mes - Día: 2025-12-31 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-12-31 12:38

Código verificación: DAC2-6B54-0DCF-66CD

9810200056027203

FISCALÍA

730616000450202502967
Oficio No. 2394

IBAGUE, 31-DIC.-25
Señores

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
Y CIENCIAS FORENSES
Ciudad.-

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **JESUS MARIA MORENO PALACIOS** |
| CEDULA DE CIUDADANIA | **93.402.039** |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20/07/1976 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE TOLIMA |
| SEXO | MASCULINO |
| ESTADO CIVIL | UNION LIBRE |
| AL SEÑOR (A) | YEIMMY KATHERINE MORENO MAZUERA |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.110.567.424 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUE TOLIMA |
| RESIDENCIA | CALLE 24 A No. 8-76 B/ LA ESPERANZA |
| TELÉFONO | 310 866 31 23 |
| PARENTESCO | HIJA |

A quien la Policía Judicial CTI le practicó inspección técnica a cadáver, el día 30 de Diciembre de 2025. Se hace entrega del cuerpo. **Sin autorización de cremación**

Cordialmente,

**MARIANA MAHECHA PATARROYO**
**FISCAL 19 LOCAL URI**

Anexo (s): **ANEXO**
GRUPO DE FLAGRANCIAS
TRANSVERSAL 1ª SUR No.47-02 Zona Industrial El papayo



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.567.424
MORENO MAZUERA

APELLIDOS
YEIMMI KATHERINE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1996
IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-ENE-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2900100-00651342-F-1110567424-20140304 0037516842A 1 42449527

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 06/01/2026

**Ficha:** 730010401180500004953

# C4

**Vulnerable**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** JESUS MARIA

**Apellidos:** MORENO PALACIOS

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 93402039

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 27/07/2021

**Última actualización ciudadano:** 27/07/2021

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 93402039 |
| NOMBRES | JESUS MARIA |
| APELLIDOS | MORENO PALACIOS |
| 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 | 01/07/2017 | 08/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/06/2026 11:28:53 | 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

| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Servicios Autorizados en Enero

| NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE DEFUNCIÓN | TIPO DE POBLACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| CLAUDIA ROCIO MONTEALEGRE | 30/12/2025 | MUJER | $ 2.460.000 |
| LORENZO PUENTES ARIAS | 1/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| VICTORIA SALAZAR DE ANGARITA | 4/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| MACGIVER GONZALEZ CASTRO | 6/01/2026 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| MARIA DISNEY RINCON CUESTA | 8/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| ARCESIO ADOLFO TREJOS DEVIA | 12/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| CARLOS ALBERTO GUERRA ESPITIA | 17/01/2026 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| JORGE ELIECER ORJUELA | 19/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| MARTHA RUMID TAFUR SILVA | 20/01/2026 | MUJER | $ 2.460.000 |
| FIDEL MORENO AMAYA | 20/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| YEISON ALEJANDRO MORENO | 21/01/2026 | HOMBRE | $ 2.460.000 |
| PEDRO VICENTE VILLAMIL ALBORNOZ | 30/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| ORLANDO ANTONIO HENAO MUÑOZ | 30/01/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| **VALOR TOTAL** | | | **$ 31.980.000** |

Alcaldía de IBAGUÉ

**AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO**

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 01 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 30 DE DICIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** MARCO ANTONIO VANEGAS

**IDENTIFICACIÓN:** 93370154

**DIRECCIÓN:** VEREDA EL CURAL

**TELÉFONO:** 3102123270

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** ESPOSO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** CLAUDIA ROCIO MONTEALEGRE ZUÑIGA

**IDENTIFICACIÓN:** 65770367

**PROGRAMA:** MUJER

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **65.770.367**

**MONTEALEGRE ZUÑIGA**

APELLIDOS

**CLAUDIA ROCIO**

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1975**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**30-JUN-1994 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26014520000620**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-12-30 | (Sin establecer) |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|---|
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 65770387 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MONTEALEGRE | ZUÑIGA | CLAUDIA | ROCIO |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 53166038 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ZOLAQUE | SIERRA | DIANA | ANDREA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 53166038 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Departamento) | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-01-01 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-01 17:01

Código verificación: 3214-85FB-77CF-5008

9810200060259 93

FISCALIA

**730016000450202502971**
**Oficio No.20460-43-01- 02397**

Ibagué, 1 de enero de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **CLAUDIA ROCIO MONTEALEGRE ZUÑIGA** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | C.C.No.65.770.367 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 23 DE OCTUBRE DE 1975 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE TOLIMA |
| SEXO | FEMENINO |
| AL SEÑOR (A) | **MARCO ANTONIO VANEGAS** |
| DOCUMENTO DE **IDENTIDAD** | C.C.No.93.370.154 |
| **EXPEDIDA EN** | **IBAGUE TOLIMA** |
| RESIDENCIA | VEREDA EL CURAL<br>BARRIO BOQUERON<br>IBAGUE TOLIMA |
| TELÉFONO | 3219403313 |
| PARENTESCO | ESPOSO |

Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**LUIS DARIO CORTES CASTAÑEDA**
**FISCAL 79 LOCAL**
**URI**

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 93.370.154



VANEGAS

MARCO ANTONIO

COL | 1.68 | M

07 OCT 1966 | O+

FUENTE DE ORO (META)

11 OCT 1985 IBAGUE

may

24 OCT 2033



ICCOL0344359824290001<<<<<<<<<<<
6610078M3310241COL93370154<<<8
VANEGAS<<MARCO<ANTONIO<<<<<<<<

Sisbén

**Fecha de consulta:** 31/12/2025

**Ficha:** 73001044140400017129

B2

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** CLAUDIA ROCIO

**Apellidos:** MONTEALEGRE ZUÑIGA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 65770367

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 22/03/2025

**Última actualización ciudadano:** 22/03/2025

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

Powered by CamScanner

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 | 65770367 |
| NOMBRES | CLAUDIA ROCIO |
| APELLIDOS | MONTEALEGRE ZUÑIGA |
| 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 | 01/09/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/31/2025 10:28:46 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Powered by CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 01 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 01 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LORENZO ALBERTO PUENTES PINTO

**IDENTIFICACIÓN:** 93394765

**DIRECCIÓN:** MANZANA P CASA # 14 B/ COMBEIMA

**TELÉFONO:** 3134304277

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** LORENZO PUENTES ARIAS

**IDENTIFICACIÓN:** 2225569

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.225.569
PUENTES ARIAS

APELLIDOS

LORENZO

NOMBRES

Firma



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1935
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-SEP-1956 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26012620002594**

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

07-26

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-01-01 | 02:30:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| *Masculino* | *Cédula de ciudadanía* | *2225589* |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| PUENTES | ARIAS | LORENZO | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1053828924 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ROSERO | MONTOYA | SAYDA | TATIANA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1053828924 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-01-03 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-01-03 17:16

Código verificación: 027D-B625-2D5B-4A2F

981020006026763

FISCALIA

IBAGUE 03 ENERO DE 2026
OFICIO No 010 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad -

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER RADICADO 730016000450202600012**

Comedidamente les solicito sea entregado el cadaver de quien en vida responde al nombre de

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **Lorenzo Puentes Arias** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C C 2 225 569 |
| LUGAR DE EXPEDICION | Ibague(Tolima) |
| FECHA DE NACIMIENTO | 12/06/1935 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Ibague(Tolima) |
| SEXO | Masculino |
| AL SEÑOR (A) | **Lorenzo Alberto Puentes Pinto** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC 93 394 765 |
| EXPEDIDA EN | Ibague(Tolima) |
| RESIDENCIA | Calle 11 A 32-44 Barrio Pensilvania – Bogota D C |
| TELÉFONO | 3134304277 |
| PARENTESCO | hijo |

Se hace entrega del cuerpo **sin autorizacion de cremación**

Cordialmente,

**MARIANA MAHECHA PATARROYO**
FISCAL 19 LOCAL
UNIDAD DE REACCION INMEDIATA

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **93.394.765**

**PUENTES PINTO**

APELLIDOS

**LORENZO ALBERTO**

NOMBRES



Lorenzo Alberto Puentes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1974**

**SAN MARTIN**
**(META)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.72** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**15-MAR-1993 IBAGUE**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



R-1500150-01514789-M-0093394765-20250702 **01460**56800A 1 8515737559

Sisbén

Fecha de consulta: 06/01/2026

Ficha: 73001040138580002703 1

A3

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LORENZO**

Apellidos: **PUENTES ARIAS**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **2225569**

Municipio: **Ibagué**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/10/2023

Última actualización ciudadano: 12/10/2023

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: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfono:

Correo Electrónico: sisben@ibague.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 | 2225569 |
| NOMBRES | LORENZO |
| APELLIDOS | PUENTES ARIAS |
| 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:** | 01/06/2026 11:30:01 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 04 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 04 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** ISLENA ANGARITA SALAZAR

**IDENTIFICACIÓN:** 65745091

**DIRECCIÓN:** MANZANA 13 CASA 12 TERRAZAS DEL TEJAR

**TELÉFONO:** 3153125840

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** VICTORIA SALAZAR DE ANGARITA

**IDENTIFICACIÓN:** 28523151

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

NUIP 28.523.151

SALAZAR De ANGARITA

VICTORIA

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1938

PIEDRAS
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-JUL-1962 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2900100-00146309-F-0028523151-20090111 0009920077A 1 6420059165

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26014520003658**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| **ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** | | | |
| Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) | |
| **TIPO DE DEFUNCIÓN** | **FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Año - Mes - Día | **HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Hora - Minutos | |
| No fetal | 2026-01-04 | 16:37:00 | |
| **SEXO DEL FALLECIDO** | **IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** Tipo de documento | Número de documento | |
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 28523151 | |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** | | | |
| Primer apellido: SALAZAR | Segundo apellido: DE ANGARITA | Primer nombre: VICTORIA | Segundo nombre: |
| **PROBABLE MANERA DE MUERTE** | **DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO** Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? | |
| Natural | Ninguno de los anteriores | | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1193453567 | |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR** | | | |
| Primer apellido: BEDOYA | Segundo apellido: GUAYARA | Primer nombre: OLGA | Segundo nombre: ISABEL |
| **PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN** | | **REGISTRO PROFESIONAL** | |
| Médico | | 1193453567 | |
| **LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** | | | |
| Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** Año - Mes - Día | | **FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN** | |
| 2026-01-04 | | Isabel Bedoya | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-04 19:07

Código verificación: E868-4088-2FBA-F32B

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 5172656

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código E M H

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

SALAZAR DE ANGARITA VICTORIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| CC No. 28523151 DE IBAGUE | FEMENINO |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 04 | 18:37 | 26014520003658 |

**Presunción de muerte**

| Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia |
|---|---|
| | Año - - - - Mes - - - Día - - |

Documento presentado

Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X] Nombre y cargo del funcionario: OLGA ISABEL BEDOYA GUAYARA-MEDICO

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 93394476 DE IBAGUE | |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Fecha de inscripción**

Año 2026 Mes ENE Día 05

Nombre y Firma del funcionario: ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 2 IBAGUÉ Esperanza Rodríguez Acosta

**ESPACIO PARA NOTAS**

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO


COLOMBIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 65.745.091
ANGARITA SALAZAR
APELLIDOS
ISLENA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1971
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-AGO-1989 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2900100-01290516-F-0065745091-20220413
0078760568A 1
8504418220

Sisbén

**Fecha de consulta:** 06/01/2026

**Ficha:** 73001046878800010954

# B1

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** VICTORIA

**Apellidos:** SALAZAR DE ANGARITA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 28523151

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 28/04/2023

**Última actualización ciudadano:** 28/04/2023

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 28523151 |
| NOMBRES | VICTORIA |
| APELLIDOS | SALAZAR DE ANGARITA |
| 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 | PIJAOS SALUD EPSI | SUBSIDIADO | 01/10/1998 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/06/2026 11:34:04 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 06 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 06 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** KAREN LORENA TOVAR CASTRO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110450186

**DIRECCIÓN:** VILLA RESISTENCIA

**TELÉFONO:** 3114838356

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

### DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** MACGIVER GONZALEZ CASTRO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110489780

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner

Código de verificación
6638181742

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 1.110.489.780 |
| Fecha de Expedición: | 19 DE OCTUBRE DE 2007 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | MACGIVER GONZALEZ CASTRO |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 07 de Febrero de 2026

**De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.**

Expedida el 8 de enero de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (6638181742) en la página web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"



Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN:

**26015220007168**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION<br>Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EXACTA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día: 2026-01-06 | | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos: 08:52:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACION DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1110469780 |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido: GONZALEZ | Segundo apellido: CASTRO | Primer nombre: MADGIVER | Segundo nombre: |
| MANERA PROBABLE DE MUERTE: No natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO<br>Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1053828924 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido: ROSERO | Segundo apellido: MONTOYA | Primer nombre: SAYDA | Segundo nombre: TATIANA |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1053828924 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día: 2026-01-08 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-08 10:37

900215007926319

Código verificación: 7352-5E65-B48D-BF16

Powered by CamScanner

La Aurora
Funerales y Capillas

**LA AURORA TOLIMA S.A.S.**

**NIT: 900.135.782-6**

**Ibagué 23 de Enero 2026**

**Señores**
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE**

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL O EN ESTUDIO** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| | | | |
|---|---|---|---|
| **JHONATAN DAVID VILLANUEVA VILLANUEVA** | **FECHA DE DEFUNCION 2026-01-10** | **CC 110443312** | **CMD 26013720010128** |
| **MARIA ISABEL BARRAGAN BOCANEGRA** | **2026-01-14** | **CC 38290041** | **26019220013629** |
| **SOL MARINA RODRIGUEZ** | **2026-01-16** | **CC 28976101** | **26015320015891** |
| **MACGIVER GONZALEZ CASTRO** | **2026-01-06** | **CC 1110489780** | **2601522007168** |
| **FIDEL MORENO AMAYA** | **2026-01-20** | **CC 14235286** | **26014020019860** |
| **JOSE OMAR IPUZ HURTADO** | **2026-01-18** | **CC 1006130272** | **26012120017919** |
| **MARTHA RUMID TAFUR SILVA** | **2026-01-20** | **CC 65785907** | **26011620019546** |
| **YEISON ALEJANDRO MORENO VILLANUEVA** | **2026-01-21** | **CC 1110498648** | **26016320020566** |
| **ANDRES FELIPE DIAZ GRACIA** | **2026-01-15** | **CC 1030685321** | **26019020014619** |

REGISTRADURIA ESPECIAL DE IBAGUÉ
23 ENE 2026
RECIBI Alexandra R



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.110.450.186
TOVAR CASTRO

KAREN LORENA



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-2003
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-OCT-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

I<5200100-0126935<4<F<1110450186<20211127 0076914047A 2 8503127513

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 | 1110489780 |
| NOMBRES | MACGIVER |
| APELLIDOS | GONZALEZ CASTRO |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 04/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 09:23:06 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Powered by CamScanner

FISCALIA

730016000450202600041
Oficio No.20460-43-01- 00033

Ibagué, 8 de enero de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **MACGIVER GONZALEZ CASTRO** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | CC No. 1.110.489.780 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20-12-1986 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | CALARCA QUINDIO |
| SEXO | MASCULINO |
| AL SEÑOR (A) | **KAREN LORENA TOVAR CASTRO** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC No. 1.110.450.186 |
| EXPEDIDA EN | VILLAVICENCIO META |
| RESIDENCIA | Invasión Villa Resistencia |
| TELÉFONO | 3114838356 |
| PARENTESCO | HERMANA POR LINEA MATERNA |
| | NO SE AUTORIZA CREMACIÒN CUERPO |

Atentamente,

**MARIANA MAHECHA PARARROYO**
**FISCAL 19 LOCAL URI**



Powered by CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 08 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 08 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** JAIME RINCON CUESTA

**IDENTIFICACIÓN:** 14240201

**DIRECCIÓN:** BELTRAN CUNDINAMARCA

**TELÉFONO:** 3177269044

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** MARIA DISNEY RINCON CUESTA

**IDENTIFICACIÓN:** 38257573

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.257.573
RINCON CUESTA
APELLIDOS
MARIA DISNEY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1963
ANZOATEGUI
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

24-NOV-1981 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1510900-00123921-F-0038257573-20081106 0005347439A 2 1750010329

Powered by CamScanner

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26016220007522**

La información contenida en este certificado es confidencial y protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de confidencialidad y reserva establecida en dicha ley.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>País<br>COLOMBIA | Departamento<br>TOLIMA | Municipio<br>IBAGUÉ | |
| AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN<br>Area<br>Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN<br>No Fetal | FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día<br>2026-01-08 | HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos<br>19:37:00 | |
| SEXO DEL FALLECIDO<br>Femenino | IDENTIFICACION DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | Número de documento<br>38257573 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | |
| Primer apellido<br>RINCON | Segundo apellido<br>CUESTA | Primer nombre<br>MARIA | Segundo nombre<br>DISNEY |
| PRESUNTA MANERA DE MUERTE<br>Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO<br>Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores | ¿A cual pueblo indígena pertenece? | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | | Número de documento<br>1006119999 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR | | | |
| Primer apellido<br>HERNANDEZ | Segundo apellido<br>GUTIERREZ | Primer nombre<br>SERGIO | Segundo nombre<br>ANDRES |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN<br>Medico | | REGISTRO PROFESIONAL<br>1006119999 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento<br>TOLIMA | | Municipio<br>IBAGUE | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día<br>2026-01-08 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN<br>Sergio Andres Hernandez Gutierrez CC 1006119999 | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-08 21:12

Codigo verificacion: 4791-EAE7-12DD-34CB

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238508

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: 7 5 40

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: RINCON CUESTA MARIA DISNEY

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 38257573 de IBAGUE | Femenino |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 08 | 19:37 | 26016220007522 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | SERGIO ANDRES HERNANDEZ GUTIERREZ |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 09 | BLADIMIRO HOLGUIN VERGEL |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.240.201
RINCON CUESTA
APELLIDOS
JAIME
NOMBRES

Jaime Rincón C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1962
ANZOATEGUI
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

23-SEP-1980 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00179823-M-0014240201-20090920 0016331134A 1 32214379

Powered by CamScanner

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 | 38257573 |
| NOMBRES | MARIA DISNEY |
| APELLIDOS | RINCON CUESTA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/01/2021 | 07/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 09:38:36 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual 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



Powered by CamScanner

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 13 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 12 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** ANGELA JUDITH TREJOS VERA

**IDENTIFICACIÓN:** 1110535508

**DIRECCIÓN:** BARRIO CENTRO

**TELÉFONO:** 3225546073

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ARCESIO ADOLFO TREJOS DEVIA

**IDENTIFICACIÓN:** 7507495

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.507.495
TREJOS DEVIA
APELLIDOS
ARCESIO ADOLFO
NOMBRES



Adolfo Trejos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1948
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SP-1970 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00383938-M-0007507495-20120622 00302 52749A 1 38120227

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26015720011053**

La información consignada en este documento [illegible] Ley 1581 de 2012. [illegible]

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País | Departamento | Municipio | |
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | | |
| Área | | [illegible] | |
| Cabecera Municipal | | | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA DE OCURRIO LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día | HORA EN QUE OCURRIÓ Hora - Minutos | |
| No fetal | 2026-01-12 | 18:31:00 | |
| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento | Número de documento | |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 7507435 | |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| TREJOS | DEVIA | ARGEMIRO | [illegible] |

| POSIBLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS [illegible] FALLECIDO ERA O PERTENECÍA A: | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál? [illegible] |
| Natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento | | Número de documento | |
| Cédula de ciudadanía | | 1006827868 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| ZAPATA | PEREZ | LAURA | VALENTINA |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | | REGISTRO PROFESIONAL | |
| Médico | | 1006827868 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | | | |
| Departamento | | Municipio | |
| TOLIMA | | IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |
| 2026-01-12 | | Dra. Laura Valentina Zapata Perez Profesional Universitario | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2026-01-12 18:41

[illegible] - Terminal: [illegible]D -8457-EF01-84F1-

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial **11238513**

**Datos de la oficina de registro**

| Clase de oficina | Registraduría | Notaría | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 03 | | | | 7 5 40 |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: TREJOS DEVIA ARCESIO ADOLFO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 7507495 de ARMENIA | Masculino |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 12 | 18:31 | 26015720011053 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autenticación póstica | | Certificado Médico | X | LAURA VALENTINA ZABALA PEREZ |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 13 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE ARCHIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.535.508**

**TREJOS VERA**

APELLIDOS

**ANGELA JUDITH**

NOMBRES

ANGELA JUDITH TREJOS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1993**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**01-JUN-2011 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900150-00813174-F-1110535508-20160413 00493 06708A 1 1613616061

Sisbén

**Fecha de consulta:** 13/01/2026

**Ficha:** 73001040878900010045

A4

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ARCESIO ADOLFO

**Apellidos:** TREJOS DEVIA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 7507495

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 02/07/2021

**Última actualización ciudadano:** 02/07/2021

**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:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 7507495 |
| NOMBRES | ARCESIO ADOLFO |
| APELLIDOS | TREJOS DEVIA |
| 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 | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/13/2026 07:25:19 | 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".

Ibagué, 13 de enero de 2026

Doctora:
GLADIS CASTILLO
Secretaria de Desarrollo Social y Comunitario

Asunto: Solicitud de ayuda

La junta de acción comunal del barrio la Gaviota en mi calidad de presidente de la misma, yo NARCISO TOBIAS PAEZ RUIZ identificado con numero de cedula 93.400.292 de Ibagué, le solicito a ustedes muy amablemente apoyen a la señora ANGELA JUDITH TREJOS VERA identificada con numero de cedula 1.110.535.508 de Ibagué, con el auxilio funerario para darle cristiana sepultura al señor ARCESIO ADOLFO TREJOS DEVIA identificado con numero de cedula 7.507.495 de Armenia – Quindío, el cual falleció el dia de ayer en la clínica Nuestra y el cual era residente en el barrio la Gaviota en la Calle 23 # 1 – 17 de este barrio.

Agradecemos por su colaboración ayuda y pronta asistencia.

Cordialmente,

NARCISO TOBIAS PAEZ RUIZ
C.C. 93.400.292 de Ibagué

ANGELA JUDITH TREJOS

ANGELA JUDITH TREJOS VERA
C.C. 1.110.535.508 de Ibagué

clínica nuestra
por tu bien

**CLÍNICA NUESTRA SDR – IBAGUÉ**

IBAGUÉ 12/01/2026

SEÑORES
FUNERARIA

**CERTIFICADO NO COVID**

**MEDIANTE EL DOCUMENTO ACTUAL, EN VIRTUD DE LAS DISPOSICIONES NACIONALES EMITIDAS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA ACTUAL, SE CERTIFICA QUE EL PACIENTE ARCESIO ADOLFO TREJOS DEVIA CC 5.607.405 FALLECIÓ EN LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA, EN QUIEN NO SE CONSIDERÓ SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE COVID 19 EN NINGÚN MOMENTO DE SU ATENCIÓN.**

Dra. Laura Valentina Zabala Perez
Fundación Universitaria Juan N Corpas
CC 1.026.277.968

LAURA VALENTINA ZABALA PEREZ
CC 1026277968
MEDICO GENERAL

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 17 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 17 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUIS FERNANDO ESPITIA

**IDENTIFICACIÓN:** 94430853

**DIRECCIÓN:** CALLE 17 # 21-98 B/ LA PAZ

**TELÉFONO:** 3136833702

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** CARLOS ALBERTO GUERRA ESPITIA

**IDENTIFICACIÓN:** 93408027

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner

Código de verificación
2169819830

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 93.408.027 |
| Fecha de Expedición: | 19 DE JUNIO DE 1996 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | CARLOS ALBERTO GUERRA ESPITIA |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 18 de Febrero de 2026

**De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.**

Expedida el 19 de enero de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

Para verificar la autenticidad de este certificado consulte (2169819830) en la pagina web en la dirección http://www.registraduria.gov.co/ opción "Consultar Certificado"



Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**26016540003341**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado (inspección, corregimiento, caserío) [ ] Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN: [ ] Fetal [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año 2020 Mes 01 Día 17

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora: Minutos: [X] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

[X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [ ] Registro Civil | [ ] Tarjeta de Identidad | [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | NÚMERO DE DOCUMENTO |
| [ ] Pasaporte | [ ] Carné Diplomático | [ ] Pasaporte de la ONU | [ ] Permiso Especial de Permanencia | 93408 017 |
| [ ] Salvo Conducto de Permanencia | [ ] Documento Extranjero | [ ] Certificado de Nacido Vivo | [ ] Permiso de Protección Temporal | |
| [ ] Adulto sin Identificar | [ ] Menor sin Identificar | [ ] Sin Información | [ ] Otro, ¿Cuál? | |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GUERRA | ESPITIA | CARLOS | ALBERTO |

PROBABLE MANERA DE MUERTE

[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO

[ ] Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenece?

[ ] ROM (gitano)
[ ] Palenquero de San Basilio
[X] Ninguno de los anteriores
[ ] Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
[ ] Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

| | | | NÚMERO DE DOCUMENTO |
|---|---|---|---|
| [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | [ ] Pasaporte | 1.110.491.860 |
| [ ] Permiso Especial de Permanencia | [ ] Permiso de Protección Temporal | | |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MENESES | VARON | GABRIEL | ALEXANDER |

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

[X] Médico (a) [ ] Enfermero(a) [ ] Auxiliar de enfermería
[ ] Promotor(a) de salud [ ] Funcionario(a) de Registro Civil

REGISTRO PROFESIONAL: 1.110.491.860

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA: Año 2020 Mes 01 Día 17

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN



Código verificación: 1A9D-D158-B250-0151

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238521

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 7 5 5 0

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: GUERRA ESPITIA CARLOS ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 93408027 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 17 | XX:XX | 26016540003341 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 19 | VLADIMIRO MOLINA VERGEL |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.430.853
ESPITIA
APELLIDOS
LUIS FERNANDO
NOMBRES



FIRMA



HUELLA INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1975
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUL-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



Powered by CamScanner

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 | 93408027 |
| NOMBRES | CARLOS ALBERTO |
| APELLIDOS | GUERRA ESPITIA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/03/2019 | 16/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 09:42:30 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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



Powered by CamScanner

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 20 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 19 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

**IDENTIFICACIÓN:** 65738216

**DIRECCIÓN:** JARDIN DE LOS ABUELOS

**TELÉFONO:** 3214653180

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TRABAJADORA SOCIAL

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JORGE ELIECER ORJUELA

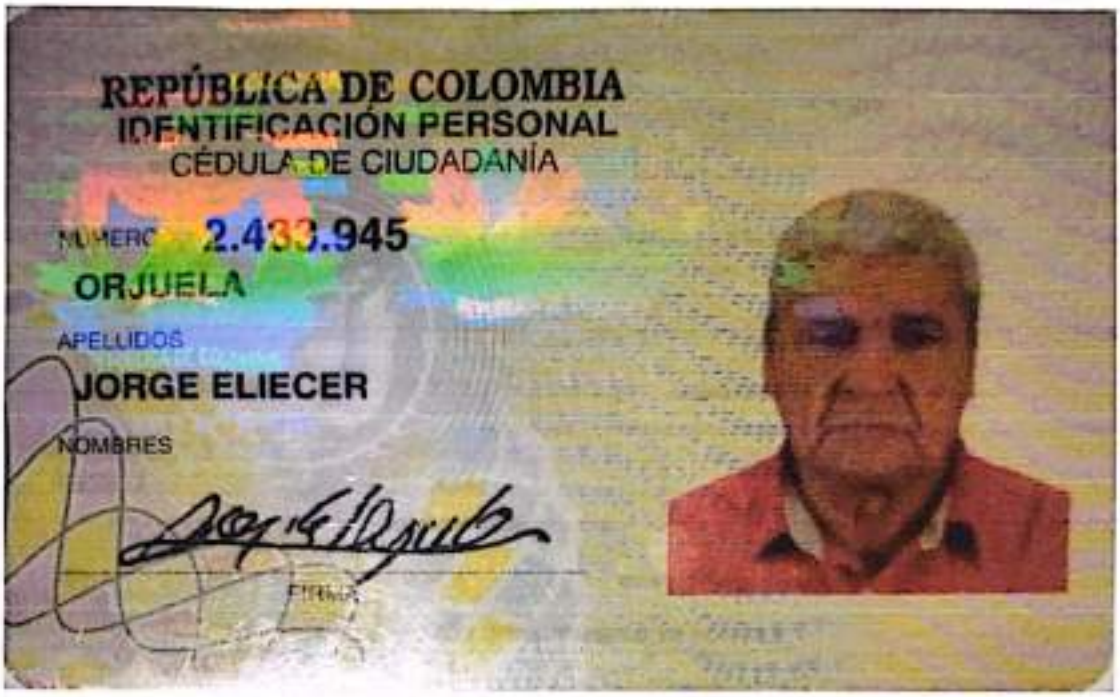
**IDENTIFICACIÓN:** 2433945

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 2.433.945
ORJUELA
APELLIDOS
JORGE ELIECER
NOMBRES
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1936
VENADILLO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
17-JUL-1958 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-2900100-01050809-M-0002433945-20181214
0063677837A 1
9906361113

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26019720017923**

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política y Normativa y dispuesta en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso no autorizado da lugar a la garantía de dicho derecho y para los fines contemplados en la misma.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| **COLOMBIA** | **TOLIMA** | **IBAGUÉ** |

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

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

| TIPO DE DEFUNCION | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCION (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| **No fetal** | **2026-01-19** | **18:58:00** |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACION DEL FALLECIDO: Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|---|
| **Masculino** | **Cédula de ciudadanía** | **2433945** |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| **ORJUELA** | | **JORGE** | **ELIECER** |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| **Cédula de ciudadanía** | **65632766** |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| **olaya** | **celis** | **andrea** | **carolina** |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| **Medico** | **65632766** |

LUGAR DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

Departamento: **TOLIMA** | Municipio: **IBAGUÉ**

| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION |
|---|---|
| **2026-01-19** | fm.2214 |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-01-19 19:16

Codigo verificacion: 623C-5483-C6BF-526E

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238522

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | | Notaría | | 03 Consulado | | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código 9560

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

ORJUELA JORGE ELIECER

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 2433945 de CALI | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 19 | 18:58 | 26019720017923 |

Presunción de muerte

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

| Documento presentado | | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | ANDRES CAROLINA OLAYA CELIS |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 20 | EL ADMINISTRADOR DE LA VEREDA |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.738.216

APELLIDOS ACOSTA GODOY

NOMBRES LUZ ANGELA

Luz Angela Acosta Godoy



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00255963-F-0065738216-20100916 0023975123H 1 6370921814

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 | 2433945 |
| NOMBRES | JORGE ELIECER |
| APELLIDOS | ORJUELA |
| 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 | 01/01/2016 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/20/2026 11:26:34 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

# NOTIFICACION

El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :

fallecio el Sr ( a ), identificado con numero: CédulaCiudadania 2433945

con diagnostico CIE10: J159 (Causa Base)

Certificacion de defuncion No: 2601972001792 3

Marcapaso: NO

Profesional:
Cédula de ciudadania - 65632766 - ANDREA CAROLINA OLAYA CELIS
Registro Medico: 2214
Especialidad: MEDICO GENERAL

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

# EPICRISIS

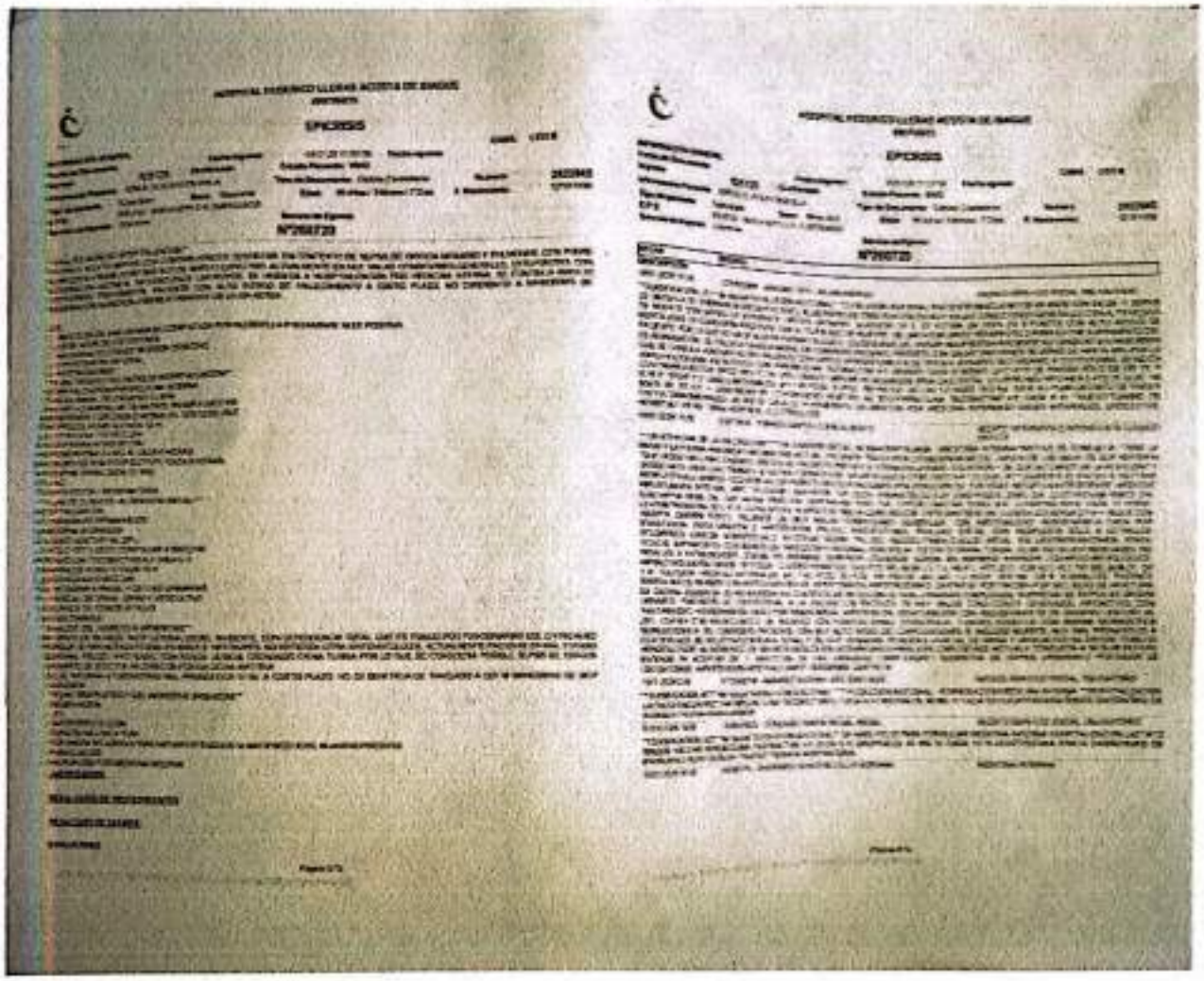
Nº260720

Página 1/3

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE

EPICRISIS

Nº260720



Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 21 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 20 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUIS FERNEY MORENO TAFUR

**IDENTIFICACIÓN:** 1005838469

**DIRECCIÓN:** VEREDA SAN CRISTOBAL BAJOCO - COELLO COCORA

**TELÉFONO:** 3204771429

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** MARTHA RUMID TAFUR SILVA

**IDENTIFICACIÓN:** 65785907

**PROGRAMA:** MUJER

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:**

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.785.907

TAFUR SILVA

APELLIDOS

MARTHA RUMID

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1973

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 m | O+ | F

ESTATURA | G S RH | SEXO

15-SEP-1997 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00127380-F-0065785007-20081113 0005891760A 1 6640016102

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26011620019546**

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

07/2/26

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | | |
| Área: Rural Disperso | | Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): 2026-01-20 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): (Sin establecer) | |
| SEXO DEL FALLECIDO: Femenino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 65785907 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
| Primer apellido: TAFUR | Segundo apellido: SILVA | Primer nombre: MARTHA | Segundo nombre: RUMID |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE: No natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO — Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 7166043 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
| Primer apellido: DUARTE | Segundo apellido: ARIAS | Primer nombre: WALTER | Segundo nombre: ANATOLIO |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 7166043 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO — Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): 2026-01-21 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-21 12:18

Código verificación: 9B69-D6A4-AE37-8E68

981020006026306

Powered by CamScanner

FISCALIA

**730016000450202680003**
**Oficio No.20460-43-01- 00157**

Ibagué, 21 de enero de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **MARTHA RUMID TAFUR SILVA** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | C.C.No.65.785.907 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 10 DE MAYO DE 1973 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE TOLIMA |
| SEXO | FEMENINO |
| AL SEÑOR (A) | **LUIS FERNEY MORENO TAFUR** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C.No.1.005.838.469 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUE TOLIMA |
| RESIDENCIA | VEREDA SAN CRISTOBAL BAJOCO<br>**RREGIMIENTO COELLO COCORA**<br>**IBAGUE TOLIMA** |
| TELÉFONO | 3204771429 |
| PARENTESCO | HIJO |

Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**ANDRES FELIPE GUTIERREZ GUARNIZO**
**FISCAL 82 LOCAL (E)**
**URI**

FISCALIA

**730016000450202680003**
**Oficio No.20460-43-01- 00157**

Ibagué, 21 de enero de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **MARTHA RUMID TAFUR SILVA** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | C.C.No.65.785.907 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 10 DE MAYO DE 1973 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE TOLIMA |
| SEXO | FEMENINO |
| AL SEÑOR (A) | **LUIS FERNEY MORENO TAFUR** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C.No.1.005.838.469 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUE TOLIMA |
| RESIDENCIA | VEREDA SAN CRISTOBAL BAJOCO<br>**RREGIMIENTO COELLO COCORA**<br>**IBAGUE TOLIMA** |
| TELÉFONO | 3204771429 |
| PARENTESCO | HIJO |

Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**ANDRES FELIPE GUTIERREZ GUARNIZO**
**FISCAL 82 LOCAL (E)**
**URI**

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.005.838.469



MORENO TAFUR

LUIS FERNEY

| | | |
|---|---|---|
| COL | 1.76 | M |

13 AGO 1999 O+

IBAGUE (TOLIMA)

15 AGO 2017, IBAGUE

14 JUN 2035

062939920

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL062939920029001<<<<<<<<<<<
9908132M3506145COL1005838469<8
MORENO<TAFUR<<LUIS<FERNEY<<<<<

La Aurora
Funerales y Capillas

**LA AURORA TOLIMA S.A.S.**

**NIT: 900.135.782-6**

**Ibagué 23 de Enero 2026**

**Señores**
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE**

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL O EN ESTUDIO** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| | | | |
|---|---|---|---|
| **JHONATAN DAVID VILLANUEVA VILLANUEVA** | **FECHA DE DEFUNCION 2026-01-10** | **CC 110443312** | **CMD 26013720010128** |
| **MARIA ISABEL BARRAGAN BOCANEGRA** | **2026-01-14** | **CC 38290041** | **26019220013629** |
| **SOL MARINA RODRIGUEZ** | **2026-01-16** | **CC 28976101** | **26015320015891** |
| **MACGIVER GONZALEZ CASTRO** | **2026-01-06** | **CC 1110489780** | **2601522007168** |
| **FIDEL MORENO AMAYA** | **2026-01-20** | **CC 14235286** | **26014020019860** |
| **JOSE OMAR IPUZ HURTADO** | **2026-01-18** | **CC 1006130272** | **26012120017919** |
| **MARTHA RUMID TAFUR SILVA** | **2026-01-20** | **CC 65785907** | **26011620019546** |
| **YEISON ALEJANDRO MORENO VILLANUEVA** | **2026-01-21** | **CC 1110498648** | **26016320020566** |
| **ANDRES FELIPE DIAZ GRACIA** | **2026-01-15** | **CC 1030685321** | **26019020014619** |

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
23 ENE 2026
RECIBI: Alexandra R.



**Le invitamos a acercarse a la oficina Sisbén del municipio en el que vive y solicitar su encuesta.**

**¡Queremos conocer su situación actual!**

**Esta información será utilizada por los programas sociales para escoger a sus beneficiarios.**

**Si usted actualmente es beneficiario de algun programa social, consulte a la entidad responsable sobre la transición al Sisbén IV.**

El tipo de identificación **Cédula de Ciudadanía** con el número de documento **65785907** . **NO** se encuentra en la base del Sisbén IV

Aceptar

© 2021 - Consulta categoría

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 | 65785907 |
| NOMBRES | MARTHA RUMID |
| APELLIDOS | TAFUR SILVA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 19/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 03/08/2026 08:59:11 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 21 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 20 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUIS FERNEY MORENO TAFUR

**IDENTIFICACIÓN:** 1005838469

**DIRECCIÓN:** VEREDA SAN CRISTOBAL BAJOCO - COELLO COCORA

**TELÉFONO:** 3204771429

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** FIDEL MORENO AMAYA

**IDENTIFICACIÓN:** 14235286

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:**

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.235.286
MORENO AMAYA

RUBEL



FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1957

LIBANO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-MAY-1979 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2502100-00142139-M-0014235286-20060111 0009412982A 1 6640012995

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26014020019860**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | COELLO |

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

| Área | Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Rural Disperso | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-01-20 | 15:15:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 14235286 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MORENO | AMAYA | FIDEL | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO (Pertenencia étnica) | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
|---|---|---|
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cedula de ciudadania | 53166038 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ZORJAQUE | SIERRA | DIANA | ANDREA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Medico | 53166038 |

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-01-21 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-21 10:36

981020006026367

Código verificación: 2AA5-691E-E6BF-8AE5

730016000450202680003
Oficio No.20460-43-01- 00161

Ibagué, 21 de enero de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondia al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **FIDEL MORENO AMAYA** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | C.C.No.14.235.286 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 19 DE OCTUBRE DE 1957 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | LIBANO TOLIMA |
| SEXO | MASCULINO |
| AL SEÑOR (A) | **LUIS FERNEY MORENO** TAFUR |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C.No.1.005.838.469 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUE TOLIMA |
| RESIDENCIA | VEREDA SAN CRISTOBAL BAJO CORREGIMIENTO COELLO COCORA IBAGUE TOLIMA |
| TELÉFONO | 3204771429 |
| PARENTESCO | HIJO |

Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**ANDRES FELIPE GUTIERREZ GUARNIZO**
**FISCAL 82 LOCAL (E)**
**URI**

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.005.838.469



MORENO TAFUR

LUIS FERNEY

COL 1.78 M

13 AGO 1999 O+

IBAGUE (TOLIMA)

15 AGO 2017, IBAGUE

11 JUN 2035

0029399 20

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0629399200290 01<<<<<<<<<<<
9908132M3506145COL1005838469<8
MORENO<TAFUR<<LUIS<FERNEY<<<<<

La Aurora

LA AURORA TOLIMA S.A.S.

NIT: 900.135.782-6

Ibagué 23 de Enero 2026

Señores
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL O EN ESTUDIO** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| | | | |
|---|---|---|---|
| JHONATAN DAVID VILLANUEVA VILLANUEVA | FECHA DE DEFUNCION 2026-01-10 | CC 110443312 | CMD 26013720010128 |
| MARIA ISABEL BARRAGAN BOCANEGRA | 2026-01-14 | CC 38290041 | 26019220013629 |
| SOL MARINA RODRIGUEZ | 2026-01-16 | CC 28976101 | 26015320015891 |
| MACGIVER GONZALEZ CASTRO | 2026-01-06 | CC 1110489780 | 2601522007168 |
| FIDEL MORENO AMAYA | 2026-01-20 | CC 14235286 | 26014020019860 |
| JOSE OMAR IPUZ HURTADO | 2026-01-18 | CC 1006130272 | 26012120017919 |
| MARTHA RUMID TAFUR SILVA | 2026-01-20 | CC 65785907 | 26011620019546 |
| YEISON ALEJANDRO MORENO VILLANUEVA | 2026-01-21 | CC 1110498648 | 26016320020566 |
| ANDRES FELIPE DIAZ GRACIA | 2026-01-15 | CC 1030685321 | 26019020014619 |

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
2 : ENE 2026
RECIBÍ: Alexandra R

Tipo de documento *

Cédula de Ciudadanía

Número de documento *

14235286

Consultar



Le invitamos a ejercerse a la oficina Sisbén del municipio en el que vive y solicitar su encuesta.

¡Queremos conocer su situación actual!

Esta información será utilizada por los programas sociales para escoger a sus beneficiarios.

Si usted actualmente es beneficiario de algún programa social, consulte a la entidad responsable sobre la transición al Sisbén IV.

El tipo de identificación Cédula de Ciudadanía con el número de documento14235286 NO se encuentra en la base del Sisbén IV

Aceptar

© 2021 - Consulta colegatria

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 | 14235286 |
| NOMBRES | FIDEL |
| APELLIDOS | MORENO AMAYA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 19/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 03/08/2026 09:25:19 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la

Alcaldía de IBAGUÉ

**AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO**

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 21 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 21 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** CLAUDIA YINETH MORENO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110515982

**DIRECCIÓN:** CARRERA 11Q B # 44-42 B/ CALARCA

**TELÉFONO:** 3207022435

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** YEISON ALEJANDRO MORENO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110498642

**PROGRAMA:** HOMBRE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26016320020566**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-01-21 | (Sin establecer) |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1110498648 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MORENO | VILLANUEVA | YEISON | ALEJANDRO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1053828924 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ROSERO | MONTOYA | SAYDA | TATIANA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1053828924 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-01-22 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-22 13:32

ATENCIÓN EXP 2026-08

9810200060267 18

**Código verificación: CBD2-B938-2E0E-C39D**

Powered by CamScanner

La Aurora
Funerales y Capillas

**LA AURORA TOLIMA S.A.S.**

**NIT: 900.135.782-6**

**Ibagué 23 de Enero 2026**

**Señores**
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE**

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL O EN ESTUDIO** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| | | | |
|---|---|---|---|
| **JHONATAN DAVID VILLANUEVA VILLANUEVA** | **FECHA DE DEFUNCION 2026-01-10** | **CC 110443312** | **CMD 26013720010128** |
| **MARIA ISABEL BARRAGAN BOCANEGRA** | **2026-01-14** | **CC 38290041** | **26019220013629** |
| **SOL MARINA RODRIGUEZ** | **2026-01-16** | **CC 28976101** | **26015320015891** |
| **MACGIVER GONZALEZ CASTRO** | **2026-01-06** | **CC 1110489780** | **2601522007168** |
| **FIDEL MORENO AMAYA** | **2026-01-20** | **CC 14235286** | **26014020019860** |
| **JOSE OMAR IPUZ HURTADO** | **2026-01-18** | **CC 1006130272** | **26012120017919** |
| **MARTHA RUMID TAFUR SILVA** | **2026-01-20** | **CC 65785907** | **26011620019546** |
| **YEISON ALEJANDRO MORENO VILLANUEVA** | **2026-01-21** | **CC 1110498648** | **26016320020566** |
| **ANDRES FELIPE DIAZ GRACIA** | **2026-01-15** | **CC 1030685321** | **26019020014619** |

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
23 ENE 2026
RECIBI: Alexandra R.



Powered by CamScanner

NUNC 730016000450202600169
Oficio No. 20460-43-01-0154

Ibagué, 23 de Enero 2026

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL
SECCIONAL FORENSES
Cadoc

ASUNTO: ENTREGA CADAVER

Comedidamente les solicito sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | YEISON ALEJANDRO MORENO VILLANUEVA |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C. 1.110.498.645 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUÉ-TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 05/07/1986 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUÉ-TOLIMA |
| SEXO | MASCULINO |
| AL SEÑOR (A) | CLAUDIA YINETH MORENO VILLANUEVA |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | C.C. 1.110.515.962 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUÉ-TOLIMA |
| RESIDENCIA | CARRERA 11 B No. 44 – 42 CALARCA |
| TELÉFONO | 3207022435 |
| PARENTESCO | HERMANA |

A quien Policía Judicial SIJIN le practicó inspección técnica a cadáver, el día 22 de Enero de 2026. Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**MARIANA MAHECHA PATARROYO**
**FISCAL 19 LOCAL**
**UNIDAD DE REACCIÓN INMEDIATA**

UNIDAD DE REACCION INMEDIATA
TRANSVERSAL 1ª SUR No 47-02 Zona Industrial El Salado
Fiscalia.hoima@fiscalia.gov.co

Powered by CamScanner

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 | 1110498648 |
| NOMBRES | YEISON ALEJANDRO |
| APELLIDOS | MORENO VILLANUEVA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 13/10/2025 | 20/01/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 10:02:05 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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



Powered by CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 30 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 30 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ ANGELA ACOSTA GODOY

**IDENTIFICACIÓN:** 65738216

**DIRECCIÓN:** JARDIN DE LOS ABUELOS

**TELÉFONO:** 3214653180

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TRABAJADORA SOCIAL

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** PEDRO VICENTE VILLAMIL ALBORNOZ

**IDENTIFICACIÓN:** 14206724

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.206.724**
**VILLAMIL ALBORNOZ**

APELLIDOS
**PEDRO VICENTE**

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-1943**
**MARIPI**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**01-MAR-1971 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2900100-00209548-M-0014206724-20100118 0020064310A 1 5370565980

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26017420028148**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año - Mes - Día: 2026-01-30 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora - Minutos: 14:40:00 | |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 14206724 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): Primer apellido: VILLAMIL | Segundo apellido: ALBORNOZ | Primer nombre: PEDRO | Segundo nombre: VICENTE |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO: Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR: Tipo de documento: Cedula de ciudadania | | Número de documento: 1110563016 | |
|---|---|---|---|
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR: Primer apellido: NUÑEZ | Segundo apellido: URUEÑA | Primer nombre: SANTIAGO | Segundo nombre: |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Medico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1110563016 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Año - Mes - Día: 2026-01-30 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

Dr. Santiago Núñez U.
Médico FUCS
RM 1110563016

Código verificación: F6F5-DBE9-7AAD-5D27

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-01-30 15:05

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238529

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | 03 Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 9 5 60

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

VILLAMIL ALBORNOZ PEDRO VICENTE

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 14206724 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 30 | 14:40 | 26017420028148 |

**Presunción de muerte**

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

| Documentos presentado | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|
| Autorización judicial [ ] | Certificado Médico [X] | SANTIAGO NUÑEZ URUEÑA |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 02 | JAIME ENRIQUE LOPEZ |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

65.7
ACOSTA

LUZ ANGELA

Luz Angela [illegible] Godoy





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S RH SEXO

01-OCT-1986 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00255963-F-0085738216-20100916 0023975123H 1 6370921814

Sisbén

**Fecha de consulta:** 30/01/2026

**Ficha:** 730010521181600003370

A1

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

**Nombres:** PEDRO VICENTE

**Apellidos:** VILLAMIL ALBORNOZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 14206724

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 19/05/2022

**Última actualización ciudadano:** 19/05/2022

**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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 14206724 |
| NOMBRES | PEDRO VICENTE |
| APELLIDOS | VILLAMIL ALBORNOZ |
| 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 | 17/03/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/30/2026 20:25:29 | **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

**HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE**
**890706833**

Fecha Actual : viernes, 30 enero 2026
Página 1/1

# ORDEN DE SALIDA
## 140622

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Paciente** | 14206724 | PEDRO VICENTE VILLAMIL ALBORNOZ | **Edad** | 82 Años / 1 Meses / 24 Días |
| **Documento** | 14206724 | **Ingreso** 826378 | **Sexo** | Masculino |
| **Medico** | 65634793 | ALEJANDRINA DEL PILAR MARTINEZ ORJUELA | **Cama** | L620 |
| **Area** | | | | |
| **Fec Solicitud** | L121 | HOSPITALIZACION 6 OCCIDENTE - LIMONAR | **Fec Salida** | 30 ene. 2026 04:58 p.m. |
| | 30 ene. 2026 04:58 p.m. | | **Fec Egreso** | |

Firma y Codigo del Solicitante

VoBo Facturación o Caja

VoBo Admisiones

Powered by CamScanner

# NOTIFICACION

El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :

fallecio el Si ( a ), identificado con numero CédulaCiudadania 14906734

con diagnostico CIE10: J159 (Causa Base)

Certificacion de defuncion No: 2601742002814
6

Marcapaso: NO

Profesional:
Cédula de ciudadania - 1110563016 - SANTIAGO NUNEZ URUENA
Registro Medico: RM 110563016
Especialidad: MEDICO GENERAL

Powered by CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 31 DE ENERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 30 DE ENERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** MARTHA HELENA HENAO MORENO

**IDENTIFICACIÓN:** 1000005207

**DIRECCIÓN:** MANZANA 25 CASA 6 B/ PROTECHO SALADO

**TELÉFONO:** 3204430020

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ORLANDO ANTONIO HENAO MUÑOZ

**IDENTIFICACIÓN:** 70122067

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70122067



HENAO MUÑOZ
APELLIDOS

ORLANDO ANTONIO
NOMBRES

orlando. A. Muñoz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-OCT-1953
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUL-1977 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500113-70070922-M-0070122067-20000615 01863 00196A 01 002552491

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26014020028489**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**AREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-01-30 | 23:15:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 70122057 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| HENAO | MUÑOZ | ORLANDO | ANTONIO |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1072531266 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| JOIRO | MANOTAS | CAMILO | ANDRES |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1072531266 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-01-30 | Camilo Joiro Manotas |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-01-30 23:53

Código verificación: A2CD-2576-9B0D-9A E5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238528

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

HENAO MUÑOZ ORLANDO ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 70122067 de MEDELLIN | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes ENE Día 3 | 0 23:15 | 26014020028489 |

**Presunción de muerte**

| Juzgado que profirió la sentencia | Fecha de la sentencia |
|---|---|
| X.X.X.X.X.X.X | Año XXXX Mes XXX Día XX |

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | [ ] | Certificado Médico | [X] | CAMILO ANDRES JOIRO MANOTAS |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 02 | JANNETH RUBIO LOPEZ |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.005.207

HENAO MORENO

APELLIDOS

MARTHA HELENA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00522292-F-1000005207-20131210 0036137875A 1 7722640937

Sisbén

**Fecha de consulta:** 31/01/2026

**Ficha:** 73001047878100004879

AB

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ORLANDO ANTONIO

**Apellidos:** HENAO MUÑOZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 70122067

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 20/06/2025

**Última actualización ciudadano:** 20/06/2025

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 70122067 |
| NOMBRES | ORLANDO ANTONIO |
| APELLIDOS | HENAO MUÑOZ |
| 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 | 01/10/2023 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/31/2026 12:30:42 | **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".

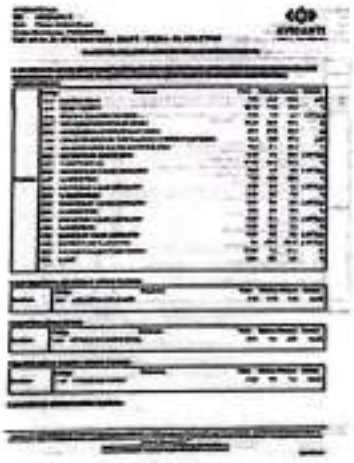
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen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



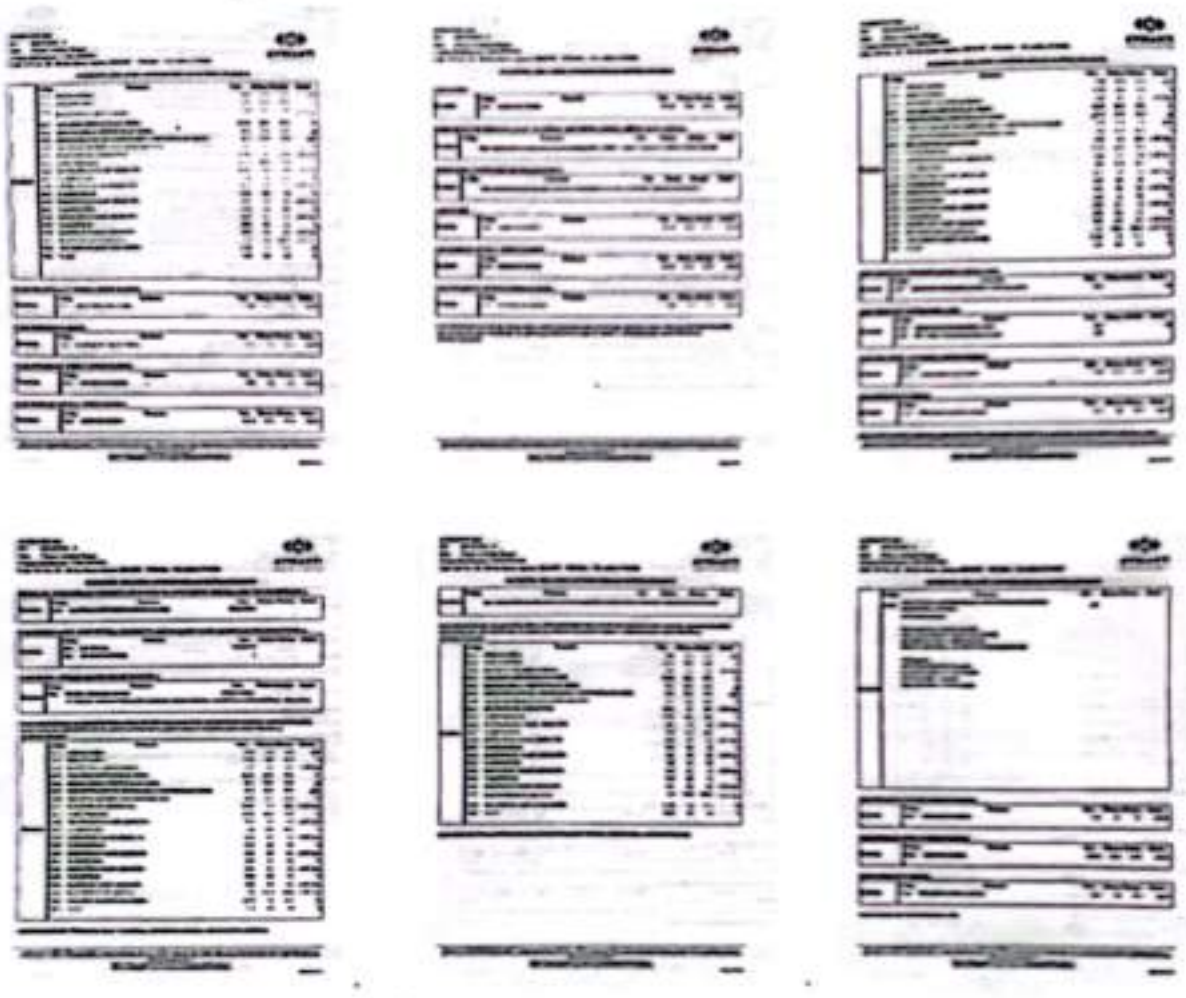
















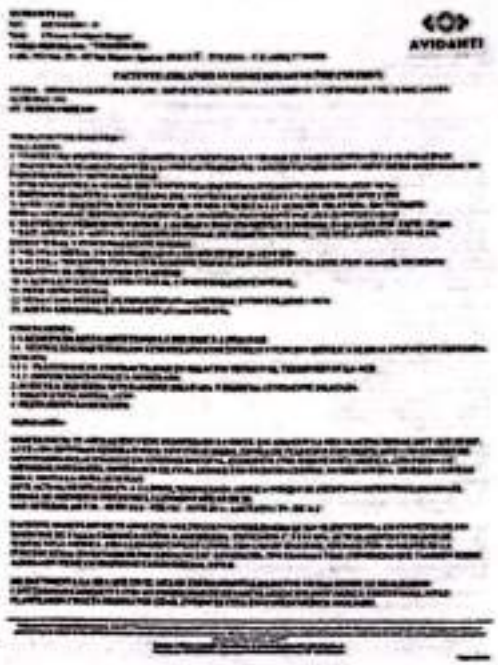




















| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Servicios Autorizados en Febrero

| NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE DEFUNCIÓN | TIPO DE POBLACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| CRISTIAN CAMILO MORENO CONTRERAS | 27/10/2025 | JOVEN | $ 3.650.000 |
| LUIS STEVEN LEAL BARRERO | 3/02/2026 | JOVEN | $ 2.460.000 |
| HERNANDO GUTIERREZ | 5/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| HIJO DE FANNY LISETT RUBIO GOMEZ | 9/11/2025 | PRIMERA INFANCIA | $ 2.035.000 |
| ARNULFO OSPINA HURTADO | 10/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| FEDERICO BEDOYA | 12/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| OSCAR AUGUSTO PINEDA SANCHEZ | 13/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| JORGE RIOS GALINDO | 13/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| ESCOLASTICA TAPIERO SANCHEZ | 17/02/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| BEBÉ EILEN DANIELA LOPEZ RODRIGUEZ | 1/10/2022 | EXHUMACION | $ 2.040.000 |
| ANDRES CEBALLOS AMELINES | 17/02/2026 | HABITANTE DE CALLE | $ 2.460.000 |
| ANGY LIZETH OLAYA | 20/02/2026 | HABITANTE DE CALLE | $ 2.460.000 |
| JOSE IGNACIO ARCE VASQUEZ | 23/02/2026 | JOVEN | $ 2.460.000 |
| **VALOR TOTAL** | | | **$ 32.325.000** |

Alcaldía de IBAGUÉ

# AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 03 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 27 DE OCTUBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ DARY CONTRERAS MONTAÑO

**IDENTIFICACIÓN:** 28955653

**DIRECCIÓN:** MZ I CASA 5 APTO 5 JORDAN 8 ETAPA

**TELÉFONO:** 3123065624

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** MADRE

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** CRISTIAN CAMILO MORENO CONTRERAS

**IDENTIFICACIÓN:** 1002817551

**PROGRAMA:** JOVEN

**DESCRIPCIÓN:** TRASLADO NACIONAL MEDELLIN – SANTA ISABEL

**OBSERVACIONES:** TRASLADO NACIONAL MEDELLIN – SANTA ISABEL

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO







Powered by CamScanner

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
## ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25125020316944**

### I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>País: COLOMBIA | Departamento: ANTIOQUIA | Municipio: ANDES |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Área: Rural Dispersa | Centro Poblado (Corregimiento o Caserío): | |
| Tipo de defunción: No fetal 4 | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día: 2025-10-27 | HORA EN QUE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos: [Sin establecer] |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1002817551 |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido: MORENO | Segundo apellido: CONTRERAS | Primer nombre: CRISTIAN | Segundo nombre: CAMILO |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE: No asiste | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO<br>Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

### II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1077420873 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido: CHAVERRA | Segundo apellido: RIOS | Primer nombre: JACSON | Segundo nombre: ANDRES |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 84188-12 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento: ANTIOQUIA | | Municipio: MEDELLÍN | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día: 2025-10-28 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO CIVIL DE APELACIÓN - NOTARÍAS Y CONSULADOS

Código verificación: B418-814B-0E39-32

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 28.955.653

Apellidos
CONTRERAS MONTAÑO

Nombres
LUZ DARY

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.60 | F |

Fecha de nacimiento
05 JUL 1988 O+

Lugar de nacimiento
LIBANO (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
07 FEB 1996, SANTA ISABEL

Firma
Luz dary Contreras M

Fecha de expiración
25 ABR 2034

045545818

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

I<COL045545818629112<<<<<<<<<<<
6807050F3404252COL28955653<<<0
CONTRERAS<MONTAÑO<<LUZ<DARY<<<

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 | 1002817551 |
| NOMBRES | CRISTIAN CAMILO |
| APELLIDOS | MORENO CONTRERAS |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/01/2016 | 26/10/2025 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 02/03/2026 10:14:51 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

**Ibagué 02 de febrero de 2025**

**Doctora**
**CLAUDIA ANDREA ARISTIZABAL AMORTEGUI**
**Secretaria de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

**Asunto: Solicitud de traslado cuerpo**

**Respetada doctora:**

**Yo, LUZ DARY CONTRERAS MONTAÑO, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 28.955.653, en mi calidad de madre cabeza de familia, en situación de pobreza, vulnerabilidad y víctima del conflicto armado, me permito solicitar muy respetuosamente su valiosa colaboración en el proceso de traslado de parte del cuerpo de mi hijo CRISTIAN CAMILO MORENO CONTRERAS (Q. E. P. D.), desde la oficina de Medicina Legal de Medellín hasta la ciudad de Ibagué, con el fin de darle cristiana sepultura en su totalidad y poner fin al profundo sufrimiento que vengo padeciendo desde el año inmediatamente anterior, de conformidad con los siguientes hechos:**

**Mi hijo Cristian Camilo era un joven campesino trabajador que se ganaba la vida laborando en diferentes fincas de los departamentos del Tolima y Antioquia. Con su trabajo contribuía de manera significativa a mi sustento, dado que soy una persona de escasos recursos, con problemas de salud y con una familia a la cual debo ayudar y mantener.**

**En el mes de octubre de 2025, Cristian decidió trasladarse al municipio de Andes, Antioquia, para trabajar en fincas cafeteras aprovechando la temporada de cosecha, con el propósito de apoyarme económicamente y brindar sustento a su compañera sentimental, Angie Pérez, quien para ese momento se encontraba en estado de**

Powered by CamScanner

embarazo, con la ilusión de ofrecerle un mejor futuro a su familia. Durante ese tiempo se comunicaba de manera constante conmigo y con su compañera; sin embargo, pasaron los días y dejó de comunicarse, lo que nos hizo presentir que algo grave le había ocurrido.

Ante esta situación, decidimos viajar al municipio de Andes para averiguar por su paradero. Tras indagar en los lugares donde había trabajado, acudimos a la Fiscalía, donde nos informaron que se había encontrado la cabeza de un joven asesinado por grupos armados ilegales que operan en la zona del suroeste antioqueño. A su compañera sentimental le fueron mostradas unas fotografías, mediante las cuales reconoció que se trataba de Cristian, motivo por el cual debí trasladarme a la ciudad de Medellín a la oficina de Medicina Legal para la realización de la prueba de ADN.

En hechos que actualmente son materia de investigación por parte de la Fiscalía Especializada 25, seccional Medellín, se determinó que el homicidio ocurrió el 27 de octubre de 2025 (se anexa certificado de defunción), presuntamente a manos de grupos armados al margen de la ley. En el mes de diciembre fui contactada por Medicina Legal, donde se me confirmó que la cabeza hallada correspondía a mi hijo, de acuerdo con los resultados de identificación genética.

Al conocer esta trágica noticia, y debido a que no cuento con recursos económicos ni mi hijo se encontraba afiliado a servicios funerarios, me vi en la necesidad de realizar rifas y solicitar ayuda a familiares y amigos para poder asumir los costos del traslado desde Medellín. Con mucho esfuerzo y sacrificio logré reunir los recursos necesarios para viajar el 30 de diciembre, contratar un transporte especial y realizar el 31 de diciembre el sepelio de su cabeza. Fueron momentos de profundo dolor, tristeza y desesperación, ya que no fue posible realizar la ceremonia con la totalidad de su cuerpo.

Posteriormente, el 30 de enero de 2026, fui contactada por la Fiscalía, donde se me informó que había sido encontrado el resto del cuerpo en un paraje del municipio de Andes y que, de acuerdo con la inspección técnica del cadáver, correspondía a mi hijo. Así mismo, se me indicó que debía adelantar los trámites necesarios para el traslado del cuerpo y completar su cristiana sepultura.

En la actualidad me encuentro en una situación de gran incertidumbre y angustia, pues no cuento con los recursos económicos para realizar dicho traslado. Todo lo que estuvo a mi alcance fue invertido, con enorme sacrificio y apoyo de familiares y amigos, en el traslado inicial de su cabeza. Hoy, además de mi precaria situación económica, me encuentro enferma, sin fuerzas ni ánimo, pero con la esperanza de que, gracias al apoyo de personas y entidades como ustedes, pueda darle sepultura digna y completa a mi hijo, y así poner fin, en alguna medida, a este dolor tan grande que he tenido que soportar.

Powered by CamScanner

Agradezco de antemano la atención prestada a la presente solicitud y quedo atenta a cualquier orientación o apoyo que puedan brindarme.

Cualquier respuesta dirigirla a Manzana 1 Casa 5, apartamento 1, de la octava etapa del barrio Jordán de la ciudad de Ibagué o a los teléfonos: 3123065824 y 3134589630.

Cordial saludo,

Luz Dary Contreras Montaño

**LUZ DARY CONTRERAS MONTAÑO**

**Cédula: 28.955.653**

Anexo: Certificado de defunción

Copias de cédulas (2)

Powered by CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 04 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 03 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** PAOLA ANDRES BARRERO ROJAS

**IDENTIFICACIÓN:** 1110492479

**DIRECCIÓN:** CRA 1A # 30-02 B/ AMERICA

**TELÉFONO:** 3212631885

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** LUIS STEVEN LEAL BARRERO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110589298

**PROGRAMA:** JOVEN

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.110.589.298

LEAL BARRERO

LUIS STEVEN



14-SEP-1997

IBAGUE
(TOLIMA)

1.66 O+ M

31 MAR 2016 IBAGUE

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCION

**26021920031842**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCION

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCION

| Area | Centro Poblado (Inspeccion, corregimiento o caserio) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCION | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (Año - Mes - Dia) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-02-03 | 03:45:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Numero de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1110589298 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| LEAL | BARRERO | LUIS | STEVEN |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Numero de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 87454294 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| DIAZ | QUINTERO | BRAN | ALFONSO |

| PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 87454294 |

LUGAR DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-02-03 | |

FISCALIA

730016000450202600308
Oficio No.295

*Ibague, 03 DE FEBRERO DE 2026*

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad -

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **LUIS STEVEN LEAL BARRERO** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC 1.110.589.298 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE-TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 14/09/1997 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE-TOLIMA |
| SEXO | MASCULINO |
| AL SEÑOR (A)* | **PAOLA ANDREA BARRERO ROJAS** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC 1.110.492.479 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE-TOLIMA |
| RESIDENCIA | CRA 1ª No.30-02 B/ AMERICA |
| TELÉFONO | 3204571225 |
| PARENTESCO | HERMANA |

A quien la Policía Judicial, le practicó inspección técnica a cadáver, el día 03 de Febrero de 2026. Se hace entrega del cuerpo, ***SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.***

*Cordialmente,*

**ANDRES FELIPE GUTIERREZ GUARNIZO**
**FISCAL 82 LOCAL (E).**
**UNIDAD DE REACCIÓN INMEDIATA**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.110.492.479
CARDENO ROJAS

PAOLA ANDREA



24-OIC-1989

IBAGUE
(TOLIMA)

1.50 O+ F

14 ENE 2008 IBAGUE

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 | 1110589298 |
| NOMBRES | LUIS STEVEN |
| APELLIDOS | LEAL BARRERO |
| 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 | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/04/2026 07:37:03 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

Ibagué, 3 de febrero de 2026

Señores
Secretaria de Desarrollo Social Comunitario
Ciudad

Asunto: solicitud servicio exequial

Yo, **María Nancy Barrero Rojas**, identificada con cédula de ciudadanía Nro **38256536 de Ibagué**, en calidad de madre, me permito solicitar respetuosamente a ustedes la prestación de los servicios funerarios para mi hijo **Luis Steven Leal Barrero**, identificado con cédula de ciudadanía Nro **1110589298 de Ibagué**, quien falleció el día 3 **de febrero de 2026**, el desde hace varios años tenía problemas médicos (Lupus) y se encontraba en un proceso médico avanzado, su fallecimiento fué en la clínica nuestra pero su cuerpo será trasladado para la fiscalía porqué presentó una caída en la clínica y Medicina legal realizará la correspondiente autopsia.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración teniendo en cuenta que no cuento con los recursos para brindarle **una cristiana sepultura**

Cordialmente,

C.C. 38256536 de Ibagué

**María Nancy Barrero**
**C.C. 38.256.536**
Celular 3204571225
Anexo: Cedula del fallecido e historia clinica

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 05 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 05 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** YOLANDA GUTIERREZ

**IDENTIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN:** CALLE 12 # 2-51

**TELÉFONO:** 3108768659

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HERMANA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** HERNANDO GUTIERREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 17138111

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26025220033729**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

| SITIO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-02-05 | 19:25:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 17138111 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GUTIERREZ | | HERNANDO | |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1110600738 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| URIBE | BARRIOS | JUAN | PABLO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1110600738 |

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-02-05 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-02-05 19:40

Código verificación: B741-29AF-5278-FF26

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238537

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Número: 02 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código

Nombre: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 17138111 de BOGOTA D.E | Masculino |

**Datos de la defunción**

Lugar de la defunción (Nombre): COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 05 | 19:25 | 26025220033729 |

Presunción de muerte

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

| Documento presentado | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|
| Autorización judicial: | Certificado Médico: X | JUAN PABLO URIBE BARRIOS |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 07 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA ORIGINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 | 17138111 |
| NOMBRES | HERNANDO |
| APELLIDOS | GUTIERREZ |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 04/02/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 10:08:53 | 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".



Powered by CamScanner

Alcaldía de IBAGUÉ

# AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 09 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 09 DE NOVIEMBRE DE 2025

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** FANNY LISETT RUBIO GOMEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1110466297

**DIRECCIÓN:** CRA 28 SUR #17A-100 B/ LA UNION

**TELÉFONO:** 3228211621

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** MADRE

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** HIJO DE FANNY LISETT RUBIO GOMEZ

**IDENTIFICACIÓN:**

**PROGRAMA:** PRIMERA INFANCIA

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE NIÑO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**25119820275122**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| Fetal | 2025-11-09 | (Sin establecer) |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | | |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

**IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR**

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 93361219 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| machado | | juan | manuel |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 008378 |

**LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO**

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-11-10 | |

**REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones**

**Fecha de impresión: 2025-11-10 08:47**

**Código verificación: BE49-C08D-FE6D-42AA**

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.110.466.297



Apellidos
RUBIO GOMEZ

Nombres
FANNY LISETT

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.57 | F |

Fecha de nacimiento
18 NOV 1987

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
05 DIC 2005, IBAGUE

Firma

Fecha de expiración
12 AGO 2035

.CO
067392500

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL067392500029001<<<<<<<<<<<
8711186F3508127COL1110466297<3
RUBIO<GOMEZ<<FANNY<LISETT<<<<<

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**25119820275122**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

**AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN**

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

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos |
|---|---|---|
| Fetal | 2025-11-09 | (Sin establecer) |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | | |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FISICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO<br>Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
|---|---|---|
| Natural | | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 93361219 |

**APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| machado | | juan | manuel |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 008378 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-11-10 | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-11-10 08:47

**Código verificación: BE49-C08D-FE6D-42AA**

Sisbén

Registro valido

**Fecha de consulta:** 09/02/2026

**Ficha:** 7300104787810001602G

# A3

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

| | |
|---|---|
| **Nombres:** FANNY LISETT | |
| **Apellidos:** RUBIO GOMEZ | |
| **Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía | |
| **Número de documento:** 1110466297 | |
| **Municipio:** Ibagué | |
| **Departamento:** Tolima | |

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 18/08/2023

**Última actualización ciudadano:** 18/08/2023

**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:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 1110466297 |
| NOMBRES | FANNY LISETT |
| APELLIDOS | RUBIO GOMEZ |
| 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 | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM | SUBSIDIADO | 01/11/2016 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 02/09/2026 14:41:19 | 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".

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: Auxilio Funerario Óbito Fetal - Hospital Universitario Federico Lleras Acosta Sede Francia.

1 mensaje

**Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co> 9 de febrero de 2026 a las 12:56 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

***Claudia Andrea Aristizábal***
**Despacho de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

---------- Forwarded message ---------
De: **John Fredy Lozano Borrero** <jolozano@defensoria.gov.co>
Date: lun, 9 feb 2026 a las 12:38
Subject: Auxilio Funerario Óbito Fetal - Hospital Universitario Federico Lleras Acosta Sede Francia.
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>

Buen día.

Doctora
Gladis Castillo
Asesora Despacho
Secretaria Desarrollo Social
Alcaldía de Ibagué
Ciudad.

Asunto: Auxilio Funerario Óbito Fetal - Hospital Universitario Federico Lleras Acosta Sede Francia.

Cordial saludo, la ciudadana Fanny Liseth Rubio Gómez, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 1110466297,
domiciliada y residente en la Ciudad de Ibagué, quien puede ser contactada en el abonado telefónico: 3228211621.
Dirige una misiva a la Defensoría del Pueblo Regional Tolima en la cual solicita la intervención ante el Hospital Universitario

Federico Lleras Acosta para la entrega del Óbito Fetal y su vez procurar el auxilio funerario para las honras fúnebres del
neonato a través de concurso económico de la Administración Central.

En consideración a los hechos antes descritos y a la visita oficial defensorial que tuvo lugar el día 06/02/2026, nos permitimos
aportar los documentos que harán posible resolver en forma favorable la sentida solicitud de la peticionaria.

Se suscribe con sentimientos de admiración y respeto,

Defensoría del Pueblo
y la Naturaleza

**John Fredy Lozano Borrero**
Profesional Especializado - Regional Tolima
**Defensoría del Pueblo**
**601 3147300 Ext. 83504**
Dirección: Calle 20 No. 7-48 Barrio El Carmen
Ibagué, Tolima
**#BuenFuturoHoy**

---

**3 archivos adjuntos**

**Historia Clinica - Fanny Liseth Rubio Gomez.pdf**
677K

**Cedula de Ciudadania - Fanny Liseth Rubio Gomez.pdf**
599K

**Certificado de Defuncuón.pdf**
454K

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

xrPagina

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

FOLIO N: 1

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: FANNY LISETT RUBIO GOMEZ | DOCUMENTO / HISTORIA: Cédula_Ciudadania 1110466297

Edad: 38 Años / 2 Meses / 20 Dias | Sexo Biologico: Femenino | Estado Civil: Soltero

Fecha Nacimiento: 18/11/1987 | Direccion: CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION | Telefono: 3228211621

Procedencia: IBAGUE | Ingreso: 813416 | Fecha Ingreso: 9/11/2025 9:59:26 a.m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT | Regimen: Subsidiado | Estrato: RANGO (A) / ESTRATO 1

Nombre Acudiente: NICOL ROMERO | Telefono: 3219505339 | Parentesco: HIJA

Nombre Acompañante | Telefono

FOLIO N° 1 | Fecha de grabacion del Folio: 9/11/2025

Servicio de Ingreso: Atención Inmediata 1102 URGENCIAS | Servicio de Egreso: Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

Especialidad Tratante: | Medico:

**Motivo de la Consulta**

"TENGO DOLOR BAJITO Y NO SIENTO A MI BEBE HACE 2 DIAS"

**Enfermedad Actual**

PACIENTE DE 37 AÑOS, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, G3C2, FUC 18/07/2009, CON EMBARAZO DE 24.5 SEMANAS ECOGRAFIA DE TAMIZAJE, CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUICON CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO, ASOCIADO A SENSCION DE CONTRACCIONES NO DOLOROSAS Y AUSENCIA DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS IRRIRTATIVOS URINARIOS, NIEGA FLUJO VAGINAL FETIDO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

**Interrupcion Voluntaria del Embarazo:** No

**Cantidad de Semanas en el momento de la interrupcion del Embarazo:**

**Revisión por Sistemas:**

NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES U OTROS.ANTECEDENTES:PATOLÓGICOS:HIPOTIROIDISMO PREGESTACIONAL FARMACOLÓGICOS:LEVOTIROXINA QUIRÚRGICOS: REDUCCION MAMARIA ALÉRGICOS: NIEGA

**PREGUNTAS WHOOLEY**

¿Durante los ultimos 30 dias se ha sentido a menudo desanimado o deprimido? No

¿Durante los ultimos 30 dias ha sentido a menudo poco interes o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba? No

**Antecedentes Ginecologicos**

**Ginecologicos:** M: 13 G: 3 P: A: C: 2 V: E: M:

FUP: 08/07/2025 FUR: 21/05/2025 Edad Gestacional: 24,00 Confiable por: FUR EPP: 09/11/2025

☐ Sensibilizada | Controles Prenatales: 2 | VACUNACION: SI | METODO DE PLANIFICACION: Inyectable Trimestral

**Otros Antecedentes**

| ANTECEDENTES TIPO | FECHA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

**Datos del DANE**

Escolaridad de la Madre: Basica Secundaria | Estado Civil: No esta casada y lleva dos años o mas viviendo con su pareja | Edad del Padre del bebe: 47

Escolaridad de la Padre: Basica Secundaria | Direccion: CRA 32 SUR #16-61 BARRIO LA UNION

**Registro de Ecografias**

Fecha Ecografia: 22/05/2025 | Semanas Ecografia: 12 | Semanas Fecha Actual: 24,50 | BIENESTAR FETAL

Fecha Ecografia: 25/08/2025 | Semanas Ecografia: 13,60 | Semanas Fecha Actual: ,00 | CRECIMEINTO FETAL CONCORDANTE | MARCADORES ECOGRAFICOS DE ANOMALIAS MORFOLOGICAS AUSENTES | NO ANOMALIAS MORFOLOCAS MAYORES | DOPPLER DE ATRTERIAS UTERINAS NORMLA, CON RIESGO DE PREECLAMPSIA Y RCIU

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

xrPagina

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

FOLIO N: 1

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** FANNY LISETT RUBIO GOMEZ **DOCUMENTO / HISTORIA** Cédula_Ciudadanía 1110486297

**Edad** 38 Años / 2 Meses / 20 Días **Sexo Biologico:** Femenino **Estado Civil** Soltero

**Fecha Nacimiento** 18/11/1987 **Direccion** CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION **Telefono** 3228211621

**Procedencia** IBAGUE **Ingreso** 813416 **Fecha Ingreso** 9/11/2025 9:59:26 a.m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT **Regimen** Subsidiado **Estrato** RANGO (A) / ESTRATO 1

**Nombre Acudiente** NICOL ROMERO **Telefono** 3219505339 **Parentesco** HIJA

**Nombre Acompañante** **Telefono**

**FOLIO N° 1** **Fecha de grabacion del Folio:** 9/11/2025

**Servicio de Ingreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS **Servicio de Egreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha Ecografia: 22/10/2025 | Semanas Ecografia: 21,60 | Semanas Fecha Actual: | ,00 CRECIMIENTO FETAL CONCORDNTE PERCENTIL 46.0 PLACENTA POSTERIOR CERVIX CERRADO LARGO BAJO RIESGO DE PARTO PRETERMINO SEXO MASCULINO PRESENTACION PODALICA DOPPLER DE UTERINAS NORMAL |
| Fecha Ecografia: | Semanas Ecografia: 0 | Semanas Fecha Actual: | ,00 |
| Fecha Ecografia: | Semanas Ecografia: 0 | Semanas Fecha Actual: | 0 |
| Fecha Ecografia: | Semanas Ecografia: | Semanas Fecha Actual: | 0 |

Peso Fetal Estimado (Ultima Ecografia):

Observacion de Ecografias: ECOGRAFIAS DESCRITAS

### Registros de Paraclínicos

**Hemoclasificacion**

**VIH:** No realizado **TOXO IgM:** Negativo 16/07/2025 **COTG:** NO REALIZADO

**FTA ABS:** No realizado **TOXO IgG:** Negativo 16/07/2025 **TAMIZAJE:** NO REALIZADO

**HBSAG:** Negativo 16/07/2025 **TSH:** 0.99 9/09/2025 **COOMBS:** NO

Hemograma: LEUCOS 8.93 NEUTROS 70.8 HB 13.3 HTO 39.9 PLAQ 322.000 16/07/2025

Observaciones de Paraclínicos: 09/09/2025
VITAMINA D 25: 29.79 (INSUFICIENCIA)
UROCULTIVO NEGATIVO

16/07/2025
TSH 15
CHAGAS IGG NEGATIVO
HEMOPARASITOS GOTA GRUESA NEGATIVO
GLICEMIA 79.1
RUBEOLA IGG POSITIVO

### Examen Fisico

**Peso(Kg):** 68,50 **Talla(cm):** 1,53 **IMC:** 29,26 22,50 **FC x min:** 82 **FR x min:** 18 **Temp.(°C):** 36 **TA(mm Hg):** 102/62 **SaO2(%):** 98

Estado General: PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO ÁLGICA

Cardio Pulmonar: TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN SOBREAGREGADOS

Cabeza y Cuello: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS

**Abdomen:**

| AU | # de Fetos | FCF | Situacion | Presentacion | Dorso | DUT | Mov Fetal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 | 1 | 0 | Longitudinal | Pódalico | Izquierdo | Presente | Ausente |

Observacion Abdomen: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO

**Ginecologico:**
DIFERIDO

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

xrPagina

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

FOLIO N: 1

**DATOS PERSONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Paciente** | FANNY LISETT RUBIO GOMEZ | **DOCUMENTO / HISTORIA** | **Cédula_Ciudadanía** 1110466297 |
| **Edad** | 38 Años / 2 Meses / 20 Días | **Sexo Biologico:** Femenino | **Estado Civil** Soltero |
| **Fecha Nacimiento** | 18/11/1987 | **Direccion** CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION | **Telefono** 3228211621 |
| **Procedencia** | IBAGUE | **Ingreso** 813416 | **Fecha Ingreso** 9/11/2025 9:59:26 a.m. |

**DATOS DE AFILIACIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Entidad** | SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT | **Regimen** Subsidiado | **Estrato** RANGO (A) / ESTRATO 1 |
| **Nombre Acudiente** | NICOL ROMERO | **Telefono** 3219505339 | **Parentesco** HIJA |
| **Nombre Acompañante** | | **Telefono** | |

**FOLIO N° 1** — **Fecha de grabacion del Folio:** 9/11/2025

**Servicio de Ingreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS — **Servicio de Egreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

**Extremidades:**

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS CONSERVADOS, ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSERVADOS.

**Neurologico:**

ALERTA,ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS,ISOCORIA NORMORREACTIVA, PARES CRANEALES CONSERVADOS,SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. ROT ++/++++.

**Analisis:**

PACIENTE DE 37 AÑOS, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, G3C2, FUC 18/07/2009, CON EMBARAZO DE 24.5 SEMANAS ECOGRAFIA DE TAMIZAJE, CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUICON CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO, ASOCIADO A SENSCION DE CONTRACCIONES NO DOLOROSAS Y AUSENCIA DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NIEGA SINTOMAS IRRIRTATIVOS URINARIOS, NIEGA FLUJO VAGINAL FETIDO, A LA VALORACIÓN PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS CLINICOS, Q SOFA 0, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE REALIZA BARRIDO ECOGRAFICO TRANSABDOMINAL CON EVIDENCIA DE FETO LONGITUDINAL, PODALICO, DOROSO IZQUIERDO, NO SE EVIDENCIA FETOCARDIA, POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACINETE CON OBITO FETAL, SE INDICA HOSPITALIZAR EN SALA DE PARTOS PARA INICIAR MANEJO CON MISOPROSTOL, S EINDICA TOMA DE PARACLINICOS, SE SOLCIITA VALORACION POR PSICOLOGI Y TRABAJOS SOCIAL, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A LA PACINETE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**Diagnosticos:**

PACIENTE DE 37 AÑOS, HEMOCLASIFICACION A POSITIVO, CON DIAGNOSTICOS DE:
- G3C2
- EMBARAZO DE 24.5 SEMANAS ECOGRAFIA DE TAMIZAJE
- OBITO FETAL
- HIPOTIROIDISMO PREGESTACIONAL

ARO POR:
- CESAREA PREVIA
- PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO
- EDAD MATERNA AVANZADA
- BAJO RIESGO TROMBOEMBOLICO
- ALTO RIESGO PSICOSOCIAL
- PLANIFICAICON FAMILIAR: INYECCION TRIMESTRAL

**Escala de Gasglow**

Respuesta Ocular Espontanea 4 — Respuesta Verbal Orientación 5 — Escala de Gasglow: 15

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Estado de Conciencia | Glasgow <15 | NO | Riesgo de Sepsis(q SOFA) | 0 |
| Frecuencia Respiratoria | > 22RPM | NO | 1 Punto - Riesgo Bajo | Repetir qSOFA frecuentemente.Continuar tratamiento estandar |
| Presion Arterial Sistolica | < 100MMHG | NO | 2 Punto- Riesgo Alto | Vigilar disfunsion organica.Pedir lactato.Evaluar con SOFA |
| | | | 3 Punto- Riesgo Alto | Vigilar disfunsion organica.Pedir lactato.Evaluar con SOFA |

**Escala Obstetrica de Alerta Temprana**

| Parametros | Variables | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presion Arterial Sistolica | <80 | 80-89 | . | 90-139 | 140-149 | 150-159 | >160 |
| Presion Arterial Diastolica | . | . | . | <90 | 90-99 | 100-109 | >110 |
| Frecuencia Respiratoria | <10 | . | . | 10-17 | 18-24 | 25-29 | >30 |
| Frecuencia Cardiaca | <60 | . | . | 60-110 | . | 111-149 | >150 |
| %02Requerido logar Sa02>95% | . | . | . | Aire ambiente Aire ambiente | 24-39% | . | >40% |
| Temperatura | <34 | . | 34-35 | 35,1-37,9 | 38-38,9 | . | >39 |
| Estado de Conciencia | . | . | . | Alerta | . | . | No Alerta |
| PUNTAJE | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Tabla de Resultados**

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

**FOLIO N: 1**

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** FANNY LISETT RUBIO GOMEZ **DOCUMENTO / HISTORIA** Cédula_Ciudadanía **1110466297**

**Edad** 38 Años / 2 Meses / 20 Días **Sexo Biologico:** Femenino **Estado Civil** Soltero

**Fecha Nacimiento** 18/11/1987 **Direccion** CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION **Telefono** 3228211621

**Procedencia** IBAGUE **Ingreso** 813416 **Fecha Ingreso** 9/11/2025 9:59:26 a.m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT **Regimen** Subsidiado **Estrato** RANGO (A) / ESTRATO 1

**Nombre Acudiente** NICOL ROMERO **Telefono** 3219505339 **Parentesco** HIJA

**Nombre Acompañante** **Telefono**

**FOLIO N° 1** **Fecha de grabacion del Folio: 9/11/2025**

**Servicio de Ingreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS **Servicio de Egreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

| | |
|---|---|
| 0 | Observacion de Rutina |
| Sumatoria 1-3 | Observacion minimo cada 4 horas |
| Parametro puntaje>3 o sumatoria>4 | Observacion minimo cada media hora |
| Resultado Escala Obstetrica: | 0 |

**GENITOURINARIO**

Observacion Genitourinario:

**Indice de Bishop**

| Dilatacion: | | Borramiento: | | Estacion: | | Consistencia: | | Posicion: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Puntaje Bishop: 0 < 6 Puntos: Prostaglandinas > 6 Puntos: Oxitocicos

Observaciones de Bishop:

Tipo de Pelvis: Ginecoide Membranas: Ninguna

**Riesgo Obstetrico**

| Antecedentes Reproductivos | |
|---|---|
| 0 Partos | SI |
| 5 0 mas Partos | NO |
| 2 o mas Abortos o Infertilidad | NO |
| Trabajo de Parto Anormal o Dificultoso | NO |
| Hemorragia Postparto o Remocion Manual | NO |
| Un hijo Mayor de 4000Gr | NO |
| Un hijo Menor de 2500Gr | NO |
| Preclamsia o Hipertension | NO |
| Mortalidad Fetal Neonatal Temp | NO |
| Cesarea Previa | SI |
| Menor de 16 años | NO |
| 16 A 35 años | NO |
| Cirugia Ginecologica Previa | NO |

| Embarazo Actual | |
|---|---|
| Hemorragia >20 Semanas | SI |
| Hemorragia <20 Semanas | SI |
| Anemia(Hb menor a 10mg/dl) | SI |
| Postmadurez O Embarazo >42 Sem | SI |
| Hipertension Arterial | SI |
| Polihidramnios | SI |
| Diabetes Preconcepcional | SI |
| Embarazo Multiple | SI |
| Mala Presentacion o Transversa | SI |
| Isoinmunizacion Rh | SI |
| Enfermedad Renal | SI |
| Diabetes Gestacional | SI |
| Obesidad IMC>29 | SI |

| Clasificacion del Riesgo | |
|---|---|
| Valoracion Riesgo Psicosocial | |
| Ansiedad | SI |
| Soporte familiar y/o Social Inadecuada | NO |

| | |
|---|---|
| Riesgo Obstetrico: | 30 |
| Riesgo Psicosocial: | 1 |
| Riesgo Biopsicosocial: | 31 |

**Riesgo Tromboembolico**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tromobofilia heredada de muy alto riesgo | ☐. | 1 Factor | 1 Factor |
| Tromobofilia adquirida o heredada con evento EVT | ☐. | Anticuagulacion | Anticuagulacion |
| EVT recurrente (2 o mas) | ☐. | Desde el momento de su identificacion | Hasta al menos 6 semanas posparto |
| Obesidad morbidad pregestacional (IMC>40kG/m2) | ☐. | 1 Factor | 1 Factor |
| Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida | ☐. | Tromboprofilaxis farmacologica | Tromboprofilaxis |
| EVT previo | ☐. | antenatal desde el momento | farmacologica posnatal |
| Enfermedades del colageno : Lupus eritmatoso | ☐. | de su identificacion | hasta 6 meses |
| Obito | ☐. | | posparto |
| Sindrome de hiperestimulacion ovarica | ☐. | Tromboprofilaxis farmacologica en 1 trimestre y hasta que resuelva cuadro clinico | |
| Sepsis puerperal | ☐. | | Tromboprofilaxis farmacologica por 10 dias posterior al ingreso |

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

xrPagina

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

FOLIO N: 1

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** FANNY LISETT RUBIO GOMEZ **DOCUMENTO / HISTORIA** Cédula_Ciudadania 1110466297

**Edad** 38 Años / 2 Meses / 20 Dias **Sexo Biologico:** Femenino **Estado Civil** Soltero

**Fecha Nacimiento** 18/11/1987 **Direccion** CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION **Telefono** 3228211621

**Procedencia** IBAGUE **Ingreso** 813416 **Fecha Ingreso** 9/11/2025 9:59:26 a.m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT **Regimen** Subsidiado **Estrato** RANGO (A) / ESTRATO 1

**Nombre Acudiente** NICOL ROMERO **Telefono** 3219505339 **Parentesco** HIJA

**Nombre Acompañante** **Telefono**

**FOLIO N° 1** **Fecha de grabacion del Folio:** 9/11/2025

**Servicio de Ingreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS **Servicio de Egreso:** Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

| | | |
|---|---|---|
| Gestante o mujer en puerperio hospitalizada >3 dias | ☐ | Durante la hospitalizacion :Tromboprofilaxis con medidas farmacologicas<br>A alta: Tromboprofilaxis con medidas farmacologicas por 28 dias. |
| Obesidad pregestacional(IMC>30-39Kg/m) | ☐ | |
| Varices en miembros inferiores | ☐ | |
| Diabetes Tipo I y Tipo II | ☐ | |
| Enfermedad renal preexistente | ☐ | Con 1 factor de riesgo recomendaciones generales |
| Tecnicas de produccion asistida | ☐ | Con 1 factor de riesgo recomendaciones generales |
| Parto pretermino | | |
| Hemorragia postparto | ☐ | |
| Preclampsia | ☐ | Con 2 factores de riesgo Iniciar medidas no farmacologicas durante toda la gestacion |
| Hipermesis gravidica | ☐ | Con 2 factores de riesgo Tromboprofilaxis farmacologica por 10 dias postparto |
| Cesarea | ☐ | |
| Cesarea | ☐ | |
| Sepsis durante el embarazo | ☐ | |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | ☐ | |
| Procedimiento quirurgico en embarazo o puerperio | ☐ | |
| Transfusion >2 unidades | ☐ | Durante la hospitalizacion: Tromboprofilaxis con cualquier intervencion |
| Gestante o mujer puerperio hospitalizada > 3 dias | ☐ | |
| Edad > 35 años | ☐ | |
| Sobrepeso pregestacional IMC25-30Kg/m | ☐ | Con 1 - 2 factores de riesgo: recomendaciones generales |
| Tabaquismo | ☐ | |
| Hipertension arterial cronica | ☐ | 3 a 5 factores de riesgo: Iniciar medidas no farmacologicas desde el momento de su identificacion .<br>6 o mas factores de riesgo: Iniciar desde el momento de su identificacion medidas no farmacologicas y tromboprofilaxis farmacologica desde la semana 28 si no hay contraindicaccion |
| Hemorragia anteparto | ☐ | |
| Induccion del trabajo de parto | ☐ | |
| 3 o mas partos | ☐ | |
| Corioamnionitis | ☐ | |
| Viaje > 4 años | ☐ | |

Con 3 - 5 factores de riesgo: 10 dias de troboprofilaxis con medidas farmacologicas.
6 o mas factores de riesgo: 10 dias de troboprofilaxis con medidas farmacologicas

**SCORE:** BAJO

**Plan de Cuidado:**

INGRESO A SALA DE PARTOS
DIETA NORMAL
LEV LR 60 CC/H
MISOPROSTOL 400 MCG ALTERNADO SUBLINGUAL E INTRAVAGINAL CADA 4 HORAS
SE SOLICITA CUADRO HEMATICO, TGO, TGP, BILIRRUBINAS, TIEMPOS DE COAGULACIÓN, BUN, CREATININA, LDH, PARCIAL DE ORINA + GRAM
SE SOLICITA VIH RAPIDO, PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA, TOXOPLASMA IGM, HEPATITIS B
SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL

CONTROL DE SIGNOS VITYALES Y AVIOSAR CAMBIOS

# HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE
## HISTORIA CLÍNICA

xrPagina

Federico Lleras Acosta

### HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS GINECOBSTETRICAS

FOLIO N: 1

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: FANNY LISETT RUBIO GOMEZ | DOCUMENTO / HISTORIA: Cédula_Ciudadanía 1110466297

Edad: 38 Años / 2 Meses / 20 Dias | Sexo Biologico: Femenino | Estado Civil: Soltero

Fecha Nacimiento: 18/11/1987 | Direccion: CARRERA 32 SUR N 16-61 LA UNION | Telefono: 3228211621

Procedencia: IBAGUE | Ingreso: 813416 | Fecha Ingreso: 9/11/2025 9:59:26 a.m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: SALUDTOTAL EPS SUBSIDIADO UVT | Regimen: Subsidiado | Estrato: RANGO (A) / ESTRATO 1

Nombre Acudiente: NICOL ROMERO | Telefono: 3219505339 | Parentesco: HIJA

Nombre Acompañante | Telefono

FOLIO N° 1 | Fecha de grabacion del Folio: 9/11/2025

Servicio de Ingreso: Atención Inmediata 1102 URGENCIAS | Servicio de Egreso: Atención Inmediata 1102 URGENCIAS

**Recomendaciones y Signos:** ASESORIA PRETEST DE VIH: SE BRINDA ASESORIA Y CONSEJERIA PERSONAL Y CONFIDENCIAL EN DONDE SE LE DA A CONOCER A LA PACIENTE EN QUE CONSISTE LA PRUEBA, QUE SIGNIFICA SU RESULTADO, LAS IMPLICACIONES DE SALUD, PSICOLOGICAS Y SOCIALES, LOS FALSOS NEGATIVOS Y POSITIVOS, PRACTICAS INSEGURAS Y AUTOCUIDADO.ADEMAS SE RESUELVEN TODAS LAS INQUIETUDES QUE SOBRE EL TEMA PUEDAN TENER.
SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA OBSTETRICIA Y CONTRA LA MUJER, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCCIÓN, DERECHO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ESCOGER EL MÉTODO DE PREFERENCIA CON SU RESPECTIVO ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

**Diagnostico**

**Impresion Diagnostica Codigo CIE -10**

| Codigo | Nombre del Diagnostico | Principal | Observaciones |
|---|---|---|---|
| O364 | ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA | ☑ | |

**Profesional:**
**Cédula de ciudadania - 1053798934 - FELIPE LOPEZ MARIN**
**Registro Medico: 17250-2014**
**Especialidad: GINECOLOGIA**

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 10 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 10 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUZ ANGELA OSPINA

**IDENTIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN:** KM 7 VIA PICALEÑA

**TELÉFONO:** 313 8981923

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ARNULFO OSPINA HURTADO

**IDENTIFICACIÓN:** 2245254

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **2.245.254**

**OSPINA HURTADO**
APELLIDOS

**ARNULFO**
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1942**

**ANZOATEGUI**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

**28-JUN-1963 ANZOATEGUI**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2910300-63163171-M-0002245254-20071025 02776 07298P 02 229038714

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NUMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

**26028840031293**

La información consignada en este certificado, es tomada y digitada por el Servicio Administrativo de Registro Civil de la Registraduría Nacional y proporcionada en la Ley 1997 de 2012. Para ser válido en otro medio impreso en cumplimiento de la garantía de fe pública, deberá ser firmado y sellado por funcionario autorizado.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) [ ] Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN: [ ] Fetal [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año 2020 Mes 02 Día 10

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora 11 Minutos CC [ ] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO: [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| [ ] Registro Civil | [ ] Tarjeta de Identidad | [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | NÚMERO DE DOCUMENTO |
| [ ] Pasaporte | [ ] Carné Diplomático | [ ] Pasaporte de la ONU | [ ] Permiso Especial de Permanencia | 2.245.254 |
| [ ] Salvo Conducto de Permanencia | [ ] Documento Extranjero | [ ] Certificado de Nacido Vivo | [ ] Permiso de Protección Temporal | |
| [ ] Adulto sin Identificar | [ ] Menor sin Identificar | [ ] Sin información [ ] Otro ¿Cuál? | | |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| OSPINA | HURTADO | ARNULFO | |

PROBABLE MANERA DE MUERTE

[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO

[ ] Indígena [ ] ROM (gitano) [ ] Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia

¿A cuál pueblo indígena pertenece? [ ] Palenquero de San Basilio [ ] Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

[X] Ninguno de los anteriores

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

| | | | |
|---|---|---|---|
| [X] Cédula de Ciudadanía | [ ] Cédula de Extranjería | [ ] Pasaporte | NÚMERO DE DOCUMENTO |
| [ ] Permiso Especial de Permanencia | [ ] Permiso de Protección Temporal | | 1.110.491.860 |

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ELENDES | JARA | GABRIEL | ALEXANDER |

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

[X] Médico (a) [ ] Enfermero(a) [ ] Auxiliar de enfermería

[ ] Profesional de salud [ ] Funcionario(a) de Registro Civil

REGISTRO PROFESIONAL: 1110491860

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA: Año 2020 Mes 02 Día 10

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2020-02-01 08:14

Código verificación: FB67-207E-4477-A97C

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238544

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [ ] Consulado [08] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código 7540

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

OSPINA HURTADO ARNULFO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 2245254 de ANZOATEGUI | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 10 | 11:00 | 26028340031291 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | [ ] | Certificado Medico | [X] | GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 11 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

Powered by CamScanner

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 | 2245254 |
| NOMBRES | ARNULFO |
| APELLIDOS | OSPINA HURTADO |
| 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 | 01/05/2019 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/10/2026 17:58:06 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 13 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 12 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** OMAIRA YURANI BEDOYA CRUZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1006549258

**DIRECCIÓN:** CLL 24 # 13ª SUR -20

**TELÉFONO:** 3209719303

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** FEDERICO BEDOYA

**IDENTIFICACIÓN:** 6000771

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6.000.771**

**BEDOYA**

APELLIDOS

**FEDERICO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1954**

**SAN ANTONIO**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-NOV-1977 SAN ANTONIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2910600-00168946-M-0006000771-20090813 **00148**76200A 1

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26026620040434**

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>País<br>COLOMBIA | Departamento<br>TOLIMA | Municipio<br>IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Área<br>Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) | | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN<br>No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día<br>2026-02-12 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos<br>22:10:00 | |
| SEXO DEL FALLECIDO<br>Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | Número de documento<br>6000771 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido<br>BEDOYA | Segundo apellido | Primer nombre<br>FEDERICO | Segundo nombre |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE<br>Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO<br>Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores | La casilla debe marcarse obligatoriamente | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía | | Número de documento<br>93875428 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido<br>MANRIQUE | Segundo apellido<br>GUALDRON | Primer nombre<br>ANDRES | Segundo nombre<br>MAURICIO |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN<br>Médico | | Registro profesional<br>93875428 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento<br>TOLIMA | | Municipio<br>IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día<br>2026-02-13 | | Firma de quien certifica el documento | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-02-13 01:11

Código verificación: 12[illegible]-48A1-4DB8-84CA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238546

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código 7540

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

BEDOYA FEDERICO

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 6000771 de SAN ANTONIO | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 12 | 22:10 | 2602662004[illegible] |

**Presunción de muerte**

Juzgado que profiere la sentencia: X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia: Año XXXX Mes XXX Día XX

| Documento presentado | | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | ANDRES MAURICIO MANRIQUE GUALDRON |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autorizó |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 14 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.549.258



Apellidos
BEDOYA CRUZ

Nombres
OMAIRA YURANI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 DIC 1994

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN JOSE DEL FRAGUA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedicion
11 ENE 2013, SAN ANTONIO

Fecha de expiración
27 NOV 2034

0703861411

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0703861412291O6<<<<<<<<<<<
9412044F3411274COL1006549258<0
BEDOYA<CRUZ<<OMAIRA<YURANI<<<<

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 | 6000771 |
| NOMBRES | FEDERICO |
| APELLIDOS | BEDOYA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CAQUETA |
| MUNICIPIO | FLORENCIA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | ASMET SALUD EPS S.A.S. | SUBSIDIADO | 01/12/2022 | 11/02/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| **Fecha de Impresión:** | 03/08/2026 15:59:50 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Gmail **Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>**

# Fwd: Documento de yurani1994bedoya

1 mensaje

**Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co> 13 de febrero de 2026 a las 10:33 a.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

***Claudia Andrea Aristizábal***
**Despacho de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

---------- Forwarded message ----------
De: **Omaira Yurani Bedoya Cruz** <yurani1994bedoya@gmail.com>
Date: vie, 13 feb 2026 a las 10:32
Subject: Documento de yurani1994bedoya
To: <desarrollosocial@ibague.gov.co>

DOCUMENTOS FEDERICO BEDOYA.pdf

**DOCUMENTOS FEDERICO BEDOYA.pdf**
3610K

Solicitud de apoyo funerario

Yo Omaira yurani Bedoya cruz con CC 1006549258 solicito apoyo de servicios funerarios para mi papá Federico Bedoya con CC 6000771 quien tiene los servicios de salud por medio de portabilidad con asmet salud desde Florencia Caquetá, para Ibagué Tolima. Donde tiene los servicios por medio de la IPS promover, las urgencias las atendía en el hospital Federico Lleras Acosta donde lo atendieron en junio cuando inicio los servicios médicos en la ciudad de Ibagué y luego continuó las urgencias por parte de la clínica Tolima. Está portabilidad se da por un año ya que asmet salud no cuenta con sede en la ciudad de Ibagué Tolima. Por este motivo la EPS solo me a manejado el proceso por portabilidad.

Mi padre falleció el día 12 de febrero del 2026 el cuerpo se encuentra en la clínica Tolima soy madre cabeza de hogar y no cuento con los aportes económicos para dicho proceso de cristiana sepultura.

Agradezco su apoyo

Omaira Bedoya

Omaira yurani Bedoya cruz

CC 1006549258

Celular 3209719303

Powered by CamScanner

**Estado del afiliado: ACTIVO**

## DATOS BÁSICOS

| | |
|---|---|
| Nombres y apellidos | FEDERICO BEDOYA |
| Identificación | CC 6000771 |
| Régimen de afiliación | SUBSIDIADO |
| IPS de atención | PROMOVER LIMITADA |
| Municipio de atención IPS | IBAGUE |
| Departamento Atención IPS | TOLIMA |
| Dirección IPS de atención | CRA 4B #33-08 CADIZ SEGUNDO PISO |
| Teléfono IPS de Atención | 4352100 |
| Fecha de afiliación | 03/03/2025 |
| Zona | URBANA |
| Exoneración Copago O Cuota Moderadora | SI |
| Nivel de SISBEN | NO APLICA |

**NOTA: El cobro o la exoneración de las Cuotas Moderadoras y/o Copagos de las tecnologías está sujeto al diagnóstico de Alto Costo que tenga el afiliado según lo definido en el Decreto 1652 de 2022**

**Fecha:**13/02/2026 09:22:46 **IP**null - AD668244AE8C65E983872630583DEA4964B790E8 **Reporte Número:**213998677

Afiliado en consulta: **FEDERICO BEDOYA**

Número Solicitud: **200942534**

| | |
|---|---|
| Estado de Portabilidad | ACTIVA |
| Municipio de Portabilidad | IBAGUE, TOLIMA |
| IPS de Portabilidad | PROMOVER LIMITADA |
| Dirección de IPS | CRA 4B #33-08 CADIZ SEGUNDO PISO |
| Teléfono de IPS | 3165221475 |
| Fecha de Solicitud de Portabilidad | 19 de junio de 2025 |
| Fecha de Inicio de Portabilidad | 1 de julio de 2025 |
| Fecha de Finalización de Portabilidad | 30 de junio de 2026 |
| Tipo de portabilidad | TEMPORAL - Portabilidad por Servicios Medicos |

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6998771 | | |
| Paciente: FEDERICO BECOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 21135814 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I ADULTOS | Cama: |



## HISTORIA CLINICA

Nota Aclaratoria:
La información e construcción transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

---

Fecha: 11/02/2026 05:37 - Ubicación: OBSERVACION URGENCIAS - Servicio: OBSERVACION URGENCIAS - Habitación/Cama: OPD

Evolucion - Nota aclaratoria: MEDICINA GENERAL

Paciente de 71 Años, Género Masculino. Dolia si en hidratación

Diagnosticos activos antes de la nota: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Indicador de no: Nota aclaratoria:

Subjetivo: Diagnosticos: * Insuficiencia respiratoria aguda hipoxemica
* EPOC exacerbado sobreinfectado
* Hipotiroidismo severo
* TBC tratada hace 50 años
* Fibrosis pulmonar
* Delirium hipoactivo
Antecedentes personales: Estancia en UCI con IOT por insuficiencia respiratoria grave aguda hipoxemica hipercapnica, extubacion 26/12/2025 - Estado postreanimación 2 nivel AESP
Paciente refiere cuadro intenso, sin otros síntomas asociados.

Sin resultados nuevos

Peso(Kg): 45

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnostico principal - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Analisis y plan de manejo: Se atiende llamado de la hija, refiere "casi desaturaba", encuentro paciente en cama de hospitalización taquicardico (FC: 150ppm), saturando 85% con mascara de no reinhalación a 8lpm, cifras tensionales normales pero con tendencia a la hipotensión, mucosas con signos de deshidratación y falla ventilatoria dada por trabajo respiratorio, supraclaviculares y subcostales. Taquipneico (FR 44 rpm), con sibilancias generalizadas y disfonia. Paciente con riesgo inminente de falla ventilatoria y paro respiratorio, por lo que vuelvo mencionar urgencias, se comenta con tratante, y con la hija cuidador refieren entender y aceptar conducta, se agrega IOT con SRI al primer intento, validación paciente con 8 AM -10 mmHg por lo que se indica inicio de soporte vasopresor con norepinefrina 0.05mcg/kg/min. Ahora, paciente con sedoanalgesia RASS -4 y bajo soporte vasopresor con PAM: 65mmHg se indica traslado a UCI. Continuar vigilancia clínica y hemodinámica.

Carolina G.

Firmado por: CAROLINA GIRALDO GUTIERREZ, MEDICINA GENERAL. Registro 1007865611. TP: 1007865611. el 11/02/2026 05:37

---

ORDENES MEDICAS

Interno/hospitalizacion - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:22
FENTANILO CITRATO 0.5MG/10ML SOL.INYECTABLE
* 5 MILIGRAMOS INTRAVENOSA DOSIS UNICA por AHORA
Estado: TERMINADO

Interno/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:22
SEVOFLURO DE ROCURONIO 50MG/5ML SOL.INYECTABLE/ PHARMAYECT
**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6000771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

30 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por AHORA
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:22
MIDAZOLAM 5MG/5ML SOL/INYECTABLE
3 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por AHORA
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:22
KETAMINA 500MG/10ML SOL/INYECTABLE
50 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por AHORA
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:23
SOLUCION SALINA 0.9% SLN X 100 ML
200 MILILITROS, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por AHORA
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MATERIALES Y SUMINISTROS
11/02/2026 06:23
LIDOCAINA AL 2% JALEA X 30 ML (ROXICAINA)
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 06:24
NORADRENALINA 4MG/4ML SOL/INYECTABLE
8 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por AHORA
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - TRASLADO
11/02/2026 06:24
UCI ADULTOS
* Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica
* EPOC exacerbado sobreañadido
* Hiponatremia severa
* TBC tratada hace 50 años
* Fibrosis pulmonar
* Delirium hipoactivo.
Antecedentes personales: Estancia en UCI con IOT por insuficiencia respiratoria crónica agudizada hipoxémica hipercápnica, extubación 28/12/2025.-
Estado postextubación 2 min AESP.
Paciente refiere disnea intensa, sin otros síntomas asociados.
Estado: ORDENADO

---

Fecha: 11/02/2026 08:25 - Ubicación: OBSERVACION URGENCIAS - Servicio: OBSERVACION URGENCIAS - Habitación/Cama: OR2

evolucion - Nota adicional - MEDICINA GENERAL

Paciente de 71 Años, Género Masculino 0 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Indicador de rol: Nota adicional

Subjetivo: Nota de intubación orotraqueal

Sin resultados nuevos

Peso(Kg): 45

**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6008771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 21113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama |



Nota Aclaratoria:
La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

---

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Analisis y plan de manejo: Secuencia intubacion rapida
- Premedicacion con BiVM
- Posicionamiento del paciente se logra mejorar SpO2 a 86%
- Induccion con
* Fentanil 100 mcg IV
* Midazolam 3 mg IV
* Ketamina 50 mg IV
* Rocuronio 30 mg IV
- Laringoscopia directa con pala Macintosh No. 3 Visualizacion laringoscópica Cormack-Lehane 2
- Se pasa TOT 7. 5 hasta 21 cm, se comprueba buena ventilacion por clinica y ETCO2 se fija

Carolina G.

Firmado por: CAROLINA GIRALDO GUTIERREZ MEDICINA GENERAL Registro 1085665958 C.C. 1115655058 el: 11/02/2026 15:26

---

Fecha: 11/02/2026 15:46 - Ubicacion: UCI ADULTOS - Servicio: U.C.I. ADULTOS - Habitacion/Cama: 608

Evolucion UCI - Nota adicional: MEDIC CRITICA Y CUIDADO INTENS

Paciente de 71 Años, Genero Masculino, 1 vez(es) en hospitalizacion

Diagnósticos activos antes de la nota: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Indicador de rol: Nota adicional

Tipo de Ubicacion: Cama

Subjetivo: Ingreso UCI. A
Dr. Salazar / Dr. Jhon

Paciente con antecedente de secuelas de TB pulmonar, fibrosis pulmonar, neumopatia cronica severa, reciente hospitalizacion en esta unidad por falla ventilatoria aguda tras exacerbacion infecciosa de su neumopatia, con requerimiento de biPAP para uso domiciliario permanente, con disnea moderada de manera permanente, la cual empeora desde hace 2 dias, asociado a efecto arrastre hipercobuteico, razon por la que consulta el dia de ayer en la tarde al servicio de urgencias, hallan en muy regulares condiciones generales, diaforeticos, taquicardicos, con cianosis muy leves, refieren apoyo de O2 suplementario, solicitar estudios de extension, considerar curso de nueva exacerbacion infecciosa de neumopatia cronica, inicio de antibiotico con piperacilina tazobactam, sin embargo con evolucion clinica tardia durante la madrugada, requiriendo aseguramiento de la via aerea mediante TOT trasladan a UCI para monitorizacion y manejo medico.
Interpretacion de ayudas diagnosticas
Hemograma: leucocitosis y trombocitosis moderadas, no hay neutrofilia
Azoados: normales
Electrolitos: sin reporte de hoy
Gasometria: acidemia respiratoria severa, acidosis normal, trastorno leve de la oxigenacion
Uroanalisis: hematuria escasa, leucocituria severa

Presion arterial sistolica: 105/68 Presion arterial media(mmHg): 80 Frecuencia cardiaca(Latidos): 75 Frecuencia respiratoria(Respiros): 20 Saturacion de oxigeno(%): 92 Peso(Kg): 45

Examen Fisico
Firmado electronicamente

Documento impreso el dia: 13/02/2026 07:19:47

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6008771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

ASPECTO GENERAL
ASPECTO: Paciente en malas condiciones generales, bajo efectos de sedoanalgesia, en asistencia ventilatoria mecanica invasiva, mv disminuido en acp. RsCsRs: sin soplos, abdomen blando depresible, edemizados con edema pulsos presentes. Tenado capilar de 2seg. Pupilas iguales, fotreactivas.

Diagnosticos activos despues de la nota Diagnóstico principal - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA.

Analisis y plan de manejo: ——————————
Paciente adulto mayor con neumopatia e insuficiencia respiratoria cronica que condiciona disminucion importante de su calidad de vida por presencia de disnea moderada permanente a pesar de manejo medico instaurado. En esta oportunidad con intensificacion de la dificultad respiratoria al caminar en relación con nueva exacerbacion de caracter infeccioso, conllevando nuevamente a falla ventilatoria aguda con requerimiento de IOT y soporte VM. Se inició tto medico con piperacilina tazobactam y se traslada a UCI para continuar monitorizacion y manejo medico. Ingresando en malas condiciones generales, bajo efectos de sedoanalgesia, en asistencia con dispositivo bolsa valvula a tubo, constantes estables, TIA 5ml/rotle, con soporte vasoactivo (noradrenalina) por via periferica, por lo que se decide paso de CVC subclavio derecho, sin complicaciones. Continua manejo medico instaurado. Alto riesgo de limitacion para liberacion de VM y alta probabilidad de requerimiento de traqueostomia percutanea para tal fin.

IDx:
* Insuficiencia respiratoria cronica agudizada en VM
* EPOC exacerbado sobreinfectado
* Hiponatremia severa
* TBC tratada hace 50 años
* Fibrosis pulmonar
* Delirium hipoactivo

Plan
Manejo UCI
Monitorizacion continua
SSN 60cc/hr
Midazolam y Fentanyl en infusion continua D/R
Solución hipertonica al 3% a 30cc/hr
Piperacilina tazobactam 4 5gr iv c/6hrs
Noradrenalina D/R
Hidrocortisona 100mg iv c/8hrs
Sulfato de Magnesio 10% 1 amp iv c/8hrs
Beclometasona 10 puff c/8hrs
Bromuro ipratropio 10 puff c/8hrs
Salbutamol 10 puff c/8hrs
Omeprazol 20mg vo en ayunas
HBPM 40mg sc c/dia
ssol labs de control

Firmado por: ROMULO SALAZAR FERNANDEZ. MEDIC CRITICA Y CUIDADO INTENS. Registro 08305 CC 8533957 el 11/02/2026 15:47

ÓRDENES MÉDICAS

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:02
HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6600771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

11/02/2026 16:02
HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:02
HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO
Estado: MUESTRA TOMADA

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:03
ANTIBIOGRAMA MIC METODO AUTOMATICO
Estado: MUESTRA TOMADA

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:19
HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
SS
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:19
CREATININA
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:19
NITROGENO UREICO BUN
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:19
SODIO
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:20
POTASIO
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:20
CLORO CLORURO
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:20
GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO
Estado: ORDENADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:21
ACIDO LACTICO L-LACTATO POR FLUOROMETRIA
Estado: ORDENADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:21
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:21
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT
SS

**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y numero de identificación: CC 5000771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalizacion - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:21
TIEMPO DE PROTROMBINA PT
SS
Estado: VERIFICADO

Interna/hospitalización - TERAPIAS
11/02/2026 16:22
TERAPIA FISICA INTEGRAL
Estado: ORDENADO

Interna/hospitalización - RADIOLOGIA CONVENCIONAL
11/02/2026 16:22
RADIOGR DE TORAX (PA o AP Y LATERAL-DECUB-LATERAL-OBLICUAS O LATERAL)
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:22
SOLUCION SALINA 0.9% SLN X 500 ML
120 MILILITROS, INTRAVENOSA, 1 HORA, por 24 HORAS
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:22
MIDAZOLAM 15MG/3ML SOL INYECTABLE
5 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, 1 HORA, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:23
FENTANILO CITRATO 0,5MG/10ML SOL/INYECTABLE
0.1 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, 1 HORA, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:23
CLORURO DE SODIO 2MEQ/ML 10 ML SOL/INYECTABLE
5 MILILITROS, INTRAVENOSA, 24 HORAS, por 24 HORAS
solucion hipertonica al 2%, pasar a 3cc/hr
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:24
PIPERACILINA +TAZOBACTAM SODICA 0.4G/0.5G POL/LIOF RECONS INYECTABLE
1 AMPOLLA, INTRAVENOSA, 6 HORAS, por 24 HORAS
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:24
NORADRENALINA 4MG/4ML SOL/INYECTABLE
1 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, 24 HORAS, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:25
HIDROCORTISONA 100MG POL/LIOF. RECONS INYECTABLE
100 MILIGRAMOS, INTRAVENOSA, 8 HORAS, por 24 HORAS
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:25
SULFATO DE MAGNESIO 20% 10ML SOL/INYECTABLE
20 MILILITROS, INTRAVENOSA, 8 HORAS, por 24 HORAS
**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6000771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son aportes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

---

Estado: TERMINADO

Interna/hospitalizacion - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:25
BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/1DML INHALADOR
10 PUFF, INHALADO, 8 HORAS, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:26
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR
10 PUFF, INHALADO, 8 HORAS, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:26
SALBUTAMOL 100MCG/1DML INHALADOR
10 PUFF, INHALADO, 8 HORAS, por 24 HORAS
Estado: DESPACHADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:26
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA
1 CAPSULA, VIA ORAL, 24 HORAS, por 24 HORAS
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - MEDICAMENTOS
11/02/2026 16:27
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0.4ML SOLINYECTABLE
40 MILIGRAMOS, SUBCUTANEA, 24 HORAS, por 24 HORAS
Estado: TERMINADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:28
ACIDO LACTICO L-LACTATO POR FLUOROMETRIA
Estado: ORDENADO

Interna/hospitalización - LABORATORIO CLINICO
11/02/2026 16:28
GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO
Estado: ORDENADO

---

Fecha: 13/02/2026 06:47 - Ubicación: UCI ADULTOS - Servicio: U.C.I. ADULTOS

Evolución UCI - Nota adicional - MEDICINA INTERNA

Paciente de 71 Años, Genero Masculino 2 día(s) en hospitalización

Diagnosticos activos antes de la nota: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA

Indicador de rol: Nota adicional

Tipo de Ubicación: Critico

Subjetivo: NOTA MEDICA ADICIONAL RETROSPECTIVA POR REQUERIMIENTO DE ATENCION EMERGENTE DEL PACIENTE

SE VISUALIZA A TRAVES DE VISOSCOPIO BRADICARDIA EXTREMA, ASISTOLIA, SE REVISA COMPRUEBA PULSOS INEXISTENTES
NO PERECPCION DE PULSO CENTRALES O PERIFERICOS
NO REGISTRO DE SIGNOS VITALES
FBALDAD CEFALICA, RTA NULA PUPILAR EN MIORIASIS
NO REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL
SE DECLARA FALLECIMIENTO A 22+10

**Firmado electrónicamente**

Documento impreso el día 13/02/2026 07:18:47

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6000771 | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 05/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

---

SE DA AVISO A LA FAMILIA
SE INDICA TRASLADO A SALAS DE PAZ
HORA FALLECIMIENTO 22+10 12/02/2026
Sin resultados nuevos

Presión arterial (mmHg): 105, Presión arterial media(mmHg): 6 Frecuencia cardiaca(Lat/min): 5 Frecuencia respiratoria(Resp/min): 1 Temperatura(°C): 34 Saturación de oxigeno(%): 10 Peso(Kg): 45

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico principal - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA.

Analisis y plan de manejo: NOTA MEDICA ADICIONAL RETROSPECTIVA POR REQUERIMIENTO DE ATENCION EMERGENTE DEL PACIENTE

SE VISUALIZA A TRAVES DE VISOSCOPIO BRADICARDIA EXTREMA, ASISTOLIA, SE REVISA COMPRUEBA PULSOS INEXISTENTES
NO PERECPCION DE PULSO CENTRALES O PERIFERICOS
NO REGISTRO DE SIGNOS VITALES
FRIALDAD CEFALICA, RTA NULA PUPILAR EN MIDRIASIS
NO REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL
SE DECLARA FALLECIMIENTO A 22+10
SE DA AVISO A LA FAMILIA
SE INDICA TRASLADO A SALAS DE PAZ
HORA FALLECIMIENTO 22+10 12/02/2026

Dr. Edwin Torres
R.M. [illegible]94

Firmado por: EDWIN ALBERTO TORRES GARCIA. MEDICINA INTERNA. Registro 731028/2004 CC 93411804 el: 13/02/2026 06:56

---

Fecha: 13/02/2026 07:08 - Ubicación: UCI ADULTOS - Servicio: U.C.I. ADULTOS

Egreso clínico - MEDICINA INTERNA

INFORMACIÓN DEL EGRESO
Causa de egreso: MUERTE ANTES DE 48 HORAS
Causa de fallecimiento: Natural

Fecha y hora del fallecimiento: 13/02/2026 01:08
Se realiza certificado de defunción número: 26026620040434
[No se realiza] orden de necropsia
Tiempo entre el ingreso y el fallecimiento fue de : 2 días, 11 horas, 55 minutos.

EXAMEN FISICO
Presión arterial (mmHg): 100/60, Presión arterial media(mmHg): 73
Frecuencia cardiaca(Lat/min): 16 Frecuencia respiratoria(Resp/min): 5
Saturación de oxigeno 40%, sin oxigeno
Temperatura(°C): 34 .1

Diagnósticos activos después de la nota Causa básica - Causa directa - J449 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA, Fecha de diagnóstico: 26/11/2025, Edad al diagnóstico: 71 Años

Resumen de la atención: VER HC

Estado del paciente al momento del egreso: FALLECE

**Firmado electrónicamente**

CLINICA TOLIMA

| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | |
|---|---|---|
| Tipo y número de identificación: CC 6000TTI | | |
| Paciente: FEDERICO BEDOYA | | |
| Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 06/04/1954 00:00 | | |
| Edad y sexo biológico: 71 Años y 10 Meses, Masculino | | |
| Identificador único: 2113581-6 | Financiador: ASMET SALUD EPS S.A.S | |
| Ubicación: UCI ADULTOS | Servicio: U.C.I. ADULTOS | Cama: |



Nota Aclaratoria:
**La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.**

ANALISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO
Información a la familia: Si Acompañamiento a familiar: Si Cual: Psicologia
Información a medicina legal: No
Información a aseguradora responsable de la necropsia clínica: NO

Problemas clínicos pendientes: NINGUNO

Plan de manejo: TRASLADP A SALAS DE PAZ

Destino del paciente: Morgue

Dr. Edwin Torres
Medicina Interna
R.M. [illegible]TH

Firmado por: EDWIN ALBERTO TORRES GARCIA, MEDICINA INTERNA. Registro 731028/2004. CC 93411804 el 13/02/2026 07:12

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 13 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 13 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LINA JULIETH RAMIREZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1110529150

**DIRECCIÓN:** CRA 3 SUR # 17-31 B/ SAN JOSE

**TELÉFONO:** 3222424611

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** SOBRINA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

### DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** OSCAR AUGUSTO PINEDA SANCHEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 14213860

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 14.213.860



Apellidos
PINEDA SANCHEZ

Nombres
OSCAR AUGUSTO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.65 | M |

Fecha de nacimiento
19 OCT 1952

G.S. RH
O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
15 ENE 1974, IBAGUE

Fecha de expiración
18 ENE 2035

Firma

ICCOL0726254462290001<<<<<<<<<<
5210194M3501184COL14213860<<<3
PINEDA<SANCHEZ<<OSCAR<AUGUSTO<

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26027320040433**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN<br>País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Año - Mes - Día: 2026-02-13 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN<br>Hora - Minutos: 04:00:00 | |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 14213869 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido: PINEDA | Segundo apellido: SANCHEZ | Primer nombre: OSCAR | Segundo nombre: AUGUSTO |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE: Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO<br>Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1110534361 | |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido: FORERO | Segundo apellido: DELGADILLO | Primer nombre: ALEX | Segundo nombre: JULIAN |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1110534361 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día: 2026-02-13 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2026-02-13 07:58

Código verificación: 9193-845F-ACF6-4533

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238547

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [ 9 3 4 ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: PINEDA SANCHEZ OSCAR AUGUSTO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 14213860 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 13 | 04:00 | 26027320040433 |

Presunción de muerte

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | [ ] | Certificado Médico | [X] | ALEX JULIAN FORERO DELGADILLO |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 14 | BLADIMIRO MOLINA VERGEL |

**ESPACIO PARA NOTAS**

Ciudadano

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.529.150
RAMIREZ CIFUENTES
APELLIDOS
LINA JULIETH
NOMBRES



lina Ramirez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1992
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-NOV-2010 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2900100-01090430-F-1110529150-20190801 0067108336A 1 6365571252

Sisbén

Registro valido

**Fecha de consulta:** 13/02/2026

**Ficha:** 7300103556970000139 4

# B5

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** OSCAR AUGUSTO

**Apellidos:** PINEDA SANCHEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 14213860

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 18/12/2019

| | |
|---|---|
| **Última actualización ciudadano:** | 18/12/2019 |
| **Última actualización vía registros administrativos:** | |

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 14213860 |
| NOMBRES | OSCAR AUGUSTO |
| APELLIDOS | PINEDA SANCHEZ |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 02/13/2026 10:06:18 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

13-Febrero-2026

asunto: ayuda cepelio

Yo: lina Julieth Ramirez CiFuentes CC. 1110529 150
De Ibague tolima..
me Dirijo a Ustedes ala alcaldia Para que
Por Favor me colaboren ya que en estos momentos
no tengo los recursos soy una persona
humilde y mi Familia igual en estos momentos
Estamos Pasando Una Calamidad Familar
Mi tio esta madrugada Fallecio y no tengo
Para darle Una Cristiana Cepultura vivo
en el barrio San jose en la orilla del rio
Somos de bajos recursos no tengo para
sus Exequias por eso me dirijo a ustedes
y ala alcaldesa para que Me ayuden PorFavor
con el corazon destrozado y verguenza
Muchas Muchas gracias Por su atención
y colaboracion para con mi tio.

Dirijido : ala alcaldia Municipal y Desarrollo Social

Oscar AUGOSTO PineDa SanChez
CC.. 14 213 860 Ibague tolima

lina Julieth Ramirez CiFuentes
CC.. 1110 529 150 Ibague tolima
TEL.. 322 242 46 71

Clinica Herality

agraDecidos Con la alcaldia Por su ayuda
Para ConNoSotros

Alcaldía de IBAGUÉ

# AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 14 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 13 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUIS ALBERTO GALINDO DELGADO

**IDENTIFICACIÓN:** 14221385

**DIRECCIÓN:** CALLE 21 NRO 7 81 BARRIO EL CARMEN

**TELÉFONO:** 3205284658

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** PRIMO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JORGE RIOS GALINDO

**IDENTIFICACIÓN:** 14235306

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 14.235.306

RIOS GALINDO

JORGE

COL

1.68

M

05 MAR 1960

O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

21 MAYO 1979, IBAGUE

02 SEPT 2032



00329638S

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00329638502900 1<<<<<<<<<<<
6003058M3209022COL14235306<<<4
RIOS<GALINDO<<JORGE<<<<<<<<<<<

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

26023320041017

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|---|---|
| COLOMBIA | Departamento: **TOLIMA** | Municipio: **IBAGUÉ** |
| Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) |
| No Fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día): **2026-02-13** | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos): **16:40:00** |
| Ecuatoriano | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO — Tipo de documento: **Cedula de ciudadania** | Número de documento: **14235306** |
| APELLIDOS DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | Segundo apellido: **GALINDO** | Primer nombre: **JORGE** — Segundo nombre: |
| MANERA DE MUERTE: Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO — Pertenencia étnica: **Ninguno de los anteriores** | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO DEL CERTIFICADOR: Cedula de ciudadania | | Número de documento: **1110588495** | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR: SICACHA | Segundo apellido: **RODRIGUEZ** | Primer nombre: **LIZETH** | Segundo nombre: **ALEXANDRA** |
| PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: **1110588495** | |
| MUNICIPIO DEL CERTIFICADO: TOLIMA | | Municipio: **IBAGUÉ** | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día): 2026-02-13 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Lizeth Sicacha. | |

Notarías y Defensorías

Código verificación: F12D-7C97-8A28-F461

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238549

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría | 02 | Consulado | | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código 9 9 40

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

RIOS GALINDO JORGE

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 14235306 de IBAGUE | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2025 Mes FEB Día 13 | 16:40 | 26023320041017 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | LIZETH ALEXANDRA SICACH RODRIGUEZ |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2025 Mes FEB Día 16 | BLADIMIRO MOLINA VERGEL |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Cuadruplicado



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.221.385

GALINDO DELGADO

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1957

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

08-SEP-1976 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00136104-M-0014221385-20061211 0007936534A 2 6410017019

Sisbén

Registro valido

**Fecha de consulta:** 14/02/2026

**Ficha:** 7300104113858000003424

# B7

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** JORGE

**Apellidos:** RIOS GALINDO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 14235306

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 18/07/2023

| | |
|---|---|
| **Última actualización ciudadano:** | 18/07/2023 |
| **Última actualización vía registros administrativos:** | 25/11/2023 |

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 29 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 14235306 |
| NOMBRES | JORGE |
| APELLIDOS | RIOS GALINDO |
| 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:** | 02/14/2026 11:38:45 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

# UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE
## HISTORIA CLÍNICA
## FALTANTES

### DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 14235306 **Fecha de Folio:** 13/02/2026 **Nº FOLIO:** 21
**Nombre Paciente:** JORGE RIOS GALINDO **Identificación:** 14235306 **Sexo:** Masculino
**Fecha Nacimiento:** 05/marzo/1960 **Edad Actual:** 65 Años / 11 Meses / 9 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** CALLE 21 NRO 7 81 BARRIO EL CARMEN **Teléfono:** 573205284658
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

### DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

### DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3640760 **FECHA DE INGRESO:** 13/02/2026 6:13:10 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Diagnostico **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 236 - URGENCIAS CONSULTA UI SAN FRANCISCO

### FALTANTES

**FECHA REAL DE ATENCION:** 13/02/2026 7:09:36 p. m.

**ANALISIS**

SE FORMULAN FALTANTES

### PLAN DE MANEJO

| CANTIDAD | PRODUCTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| | 1 RESUCITADOR DESECHABLE ADULTO | . |
| | 1 CATETER INTRAVENOSO No. 18 | . |
| | 2 JERINGA DESECHABLE DE 10 CM | . |
| | 1 LACTATO DE RINGER BOLSA 500 ML SOLUCION INYECTABLE | . |
| | 1 TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 | . |
| | 1 GUIA INTUBACION ADULTO | . |
| | 1 EQUIPO DE MACROGOTEO | . |

### EXAMENES SOLICITADOS

| CANTIDAD | EXAMEN |
|---|---|

1110588495
Medico General
Servicio Social
obligatorio

**Profesional:** SICACHA RODRIGUEZ LIZETH ALEXANDRA
**Cédula:** 1110588495
**Tipo Medico:** Medico_General

Usuario: 28548957
Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 05 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 05 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** SANDRA MILENA GARCIA TAPIERO

**IDENTIFICACIÓN:** 28549147

**DIRECCIÓN:** CRA 2B # 98-14 B/ TOPACIO

**TELÉFONO:** 3222262016

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

### DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ESCOLASTICA TAPIERO SANCHEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 38236580

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.236.580**

**TAPIERO SANCHEZ**

APELLIDOS

**ESCOLASTICA**

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1954**

**ORTEGA**
**(TOLIMA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.54** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-MAY-1977 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A 2900100-00255844-F-0038236580-20100915 0023[illegible] 6380920499

Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NUMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**26027520043932**

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

## I. INFORMACION GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |
| **AREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN** | | |
| Area: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| **TIPO DE DEFUNCIÓN** | **FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Año - Mes - Día | **HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Hora - Minutos |
| No fetal | 2026-02-17 | 03:25:00 |
| **SEXO DEL FALLECIDO** | **IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** Tipo de documento | Número de documento |
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 38236580 |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** | | |
| Primer apellido: TAPIERO | Segundo apellido: SANCHEZ | Primer nombre: ESCOLASTICA |
| Segundo nombre: | | |
| **PROBABLE MANERA DE MUERTE** | **DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO** | |
| Natural | Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| **IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR** | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1110466064 | |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR** | | | |
| Primer apellido: VALDES | Segundo apellido: RAMIREZ | Primer nombre: PATRICIA | Segundo nombre: VIVIANA |
| **PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN** | | **REGISTRO PROFESIONAL** | |
| Medico | | 1110466064 | |
| **LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** Año - Mes - Día: 2026-02-17 | | **FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN** | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Inscripciones y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-02-17 01:47

Código verificación: FE85-E0CE-88BA-7443

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial: 11238551

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Nombre: 07 Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos: TAPIERO SANCHEZ ESCOLASTICA

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en letras) |
|---|---|
| C.C. 38236580 de IBAGUE | Femenino |

**Datos de la defunción**

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 17 | 03:25 | 26027520043932 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | PATRICIA VIVIANA VALDES RAMIREZ |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 17 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.549.147
GARCIA TAPIERO

APELLIDOS
SANDRA MILENA

NOMBRES

FIRMA





IBAGUE
(TOLIMA)

1.58 O+ F

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.395.604**

**DIAZ TAPIERO**

APELLIDOS

**OSCAR FERNANDO**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1975**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.69** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**21-MAY-1993 IBAGUE**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2900100-00261907-M-0093395604-20101025 0024517502A 1 32242731

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 | 38236580 |
| NOMBRES | ESCOLASTICA |
| APELLIDOS | TAPIERO SANCHEZ |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 16/02/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 10:27:33 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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



Powered by CamScanner

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 18 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 01 DE OCTUBRE DE 2022

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** DANIEL AUGUSTO LOPEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 14136516

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:** 3104027545

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** PADRE

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** BEBÉ EILEN DANIELA LOPEZ RODRIGUEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1110609580

**PROGRAMA:** EXHUMACION

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE BEBÉ

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL EXHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REGISTRADURÍA

NUIP 1110503891

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64317752

64317752

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 7 7 A

Ciudad - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| LOPEZ | RODRIGUEZ |

Nombre

ELLEN DANIELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes JUN Día 04 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

| Tipo de documento con el cual se identifica el Declarante o testigo | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 172572655 |

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con tres apellidos, a partir del mismo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ PORERO LINA MARIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.105.515.727 | COLOMBIA |

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con tres apellidos, a partir del mismo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALCANTARA DANIEL AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 14.136.516 | COLOMBIA |

Datos del declarante

Apellidos y nombres

LOPEZ ALCANTARA DANIEL AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 14.136.516 | |

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2022 Mes JUL Día 06 | MARCELO LOZADA SERRATO - REGISTRA<br>Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

(Art. 114 y 115 Decreto 1260 de 1970 y Art 1 Decreto 278 de 1972)
ESTE DOCUMENTO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO (Art N°2 del Decreto 2189 de 1983)
Expedido en Ibagué Tolima, valido para acreditar parentesco y trámites legales.

REGISTRADURIA

MARCELO LOZADA SERRATO
REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

12 JUL. 2022

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

**NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN**

**22106220062799**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LUGAR DE LA DEFUNCIÓN** Departamento: HUILA | | Municipio: NEIVA | |
| **ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN** Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) | |
| **TIPO DE DEFUNCIÓN**: No fetal | **FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**: 2022-10-01 | **HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN**: 10:50:00 | |
| **SEXO DEL FALLECIDO**: Femenino | **IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO** Tipo de documento: Registro civil | Número de documento: 1110609580 | |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)** Primer apellido: LOPEZ | Segundo apellido: RODRIGUEZ | Primer nombre: EILEN | Segundo nombre: DANIELA |
| **PROBABLE MANERA DE MUERTE**: Natural | **DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO** Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR** Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 7719385 | |
| **APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR** Primer apellido: MONTOYA | Segundo apellido: JIMENEZ | Primer nombre: DAVID | Segundo nombre: LEONARDO |
| **PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**: Médico | | **REGISTRO PROFESIONAL**: 7719385 | |
| **LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** Departamento: HUILA | | Municipio: NEIVA | |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO** Año - Mes - Día: 2022-10-01 | | **FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN** | |

Dr. David Leonardo Jiménez Montoya
Médico Cirujano
C.C. 7719385 de Neiva
R.M. 23128-365

**Código verificación: 4FD6-7B62-ABF6-30FA**

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-10-01 13:28

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
14136516

LOPEZ ALCANTARA

DANIEL AUGUSTO

DANIEL AUGUSTO L.







FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1983
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-ENE-2002 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.105.815.797
RODRIGUEZ FORERO
APELLIDOS
LINA MARIA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1996
CAJAMARCA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
23-OCT-2014 CAJAMARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

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 | 14136516 |
| NOMBRES | DANIEL AUGUSTO |
| APELLIDOS | LOPEZ ALCANTARA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADO | PIJAOS SALUD EPSI | SUBSIDIADO | 17/02/2015 | 28/02/2024 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/18/2026 15:07:40 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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 | 1105615797 |
| NOMBRES | LINA MARIA |
| APELLIDOS | RODRIGUEZ FORERO |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADO | NUEVA EPS S.A. -CM | SUBSIDIADO | 01/07/2019 | 26/10/2023 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/18/2026 15:13:54 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Ibagué, 18 de Febrero de 2026

Señores
**SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO**
Alcaldía Municipal de Ibagué

Asunto: Solicitud exhumación de la bebe EILEN DANIELA LOPEZ RODRIGUEZ registro NIUP1.110.609.580

Yo DANIEL AUGUSTO LOPEZ ALCANTARA, identificado con cedula 14.365.516 de Ibagué, padre de la bebe EILEN DANIELA LOPEZ RODRIGUEZ, identificada con registro NIUP1.110.609.580 de Ibagué fallecida el 1 de octubre del 2022 y sepultada en el cementerio San Bonifacio, amablemente solicito a ustedes la ayuda para el retiro del cuerpo de mi bebe pues el cementerio me notifico fecha de exhumación para el 1 de octubre del 2025, proceso que no he podido realizar ya que no cuento con los recursos económicos.

Cordialmente

DANIEL AUGUSTO LOPEZ ALCANTARA

**DANIEL AUGUSTO LOPEZ ALCANTARA**
C.C 14.365.516
Celular: 323-5203360 – 310-4027545

***EL SUSCRITO CURA PARROCO***

***DE LA PARROQUIA DE CRISTO RESUCITADO Y ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO SAN BONIFACIO***

**CERTIFICA QUE:**

En este camposanto se encuentran los restos de **EILEN DANIELA LOPEZ RODRIGUEZ, NUIP** 1110609580, ubicados en el Pabellón 10, Bloque A, Nivel 1, Bóveda 32. Con fecha de exhumación del 01 de octubre de 2025. A partir de esta fecha, la familia tiene 15 días calendario para realizar la exhumación. Periodo de tiempo que establece la resolución 5194 del 2010.

Se aclara que estos restos en cualquier momento pueden ser objeto de exhumación administrativa para dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución anteriormente mencionada.

Se expide a solicitud del interesado, a los 18 días del mes de febrero del año 2026.

**Pbro.: JOSE MARIA RUSSY FORERO**
**Administrador – Representante Legal**
**Cementerio San Bonifacio de la ciudad de Ibagué**

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 20 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 17 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUISA FERNANDA LIBERATO

**IDENTIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN:** HOSPITAL SAN FRANCISCO

**TELÉFONO:** 3042092595

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TRABAJADORA SOCIAL

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ANDRES CEBALLOS AMELINES

**IDENTIFICACIÓN:** 1110504363

**PROGRAMA:** HABITANTE DE CALLE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
2744721154

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 1.110.504.363 |
| Fecha de Expedición: | 28 DE NOVIEMBRE DE 2008 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | ANDRES CEBALLOS AMELINES |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 23 de Marzo de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 21 de febrero de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26022820046959**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |

| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | |
|---|---|
| Área: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | Año - Mes - Día: 2026-02-17 | Hora - Minutos: 04:30:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1110534363 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| CEBALLOS | AMELINES | ANDRES | |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 1110534351 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| BOCANEGRA | SERRANO | LUIS | FELIPE |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1110534351 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | |
|---|---|
| Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día: 2026-02-28 | RM 1110534351 |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-02-28 14:44

Código verificación: F77C-90CB-9C29-FC82

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIO – PACIENTE HABITANTE DE CALLE IDENTIFICADO MEDIANTE NECROPSIA DE MEDICINA LEGAL.

2 mensajes

**Habitente de Calle Ibague** <habitantedecalleibg@gmail.com> 20 de febrero de 2026 a las 3:54 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

——— Mensaje reenviado ———
De: **Habitente de Calle Ibague** <habitantedecalleibg@gmail.com>
Fecha: El vie, 20 feb. 2026 a la(s) 3:44 p.m.
Asunto: Re: SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIO – PACIENTE HABITANTE DE CALLE IDENTIFICADO MEDIANTE NECROPSIA DE MEDICINA LEGAL.
Para: EQUIPO PSICOSOCIAL <psicosocial@usiese.gov.co>

Gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

El El vie, 20 feb. 2026 a la(s) 3:20 p.m., EQUIPO PSICOSOCIAL <psicosocial@usiese.gov.co> escribió:

——— Forwarded message ———
De: **EQUIPO PSICOSOCIAL** <psicosocial@usiese.gov.co>
Date: vie, 20 feb 2026 a las 15:12
Subject: SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIO – PACIENTE HABITANTE DE CALLE IDENTIFICADO MEDIANTE NECROPSIA DE MEDICINA LEGAL.
To: <desarrollosocial@ibague.gov.co>

Cordial saludo,

Por medio del presente, la Unidad Hospitalaria San Francisco U.S.I – E.S.E. se permite informar que en nuestras instalaciones se registró el fallecimiento de una persona de sexo masculino, aproximadamente de 46 años de edad, quien ingresó sin documento de identificación y sin acompañantes.

Por medio del presente me permito solicitar formalmente el apoyo económico y/o logístico para cubrir los gastos de exequias de una persona en condición de habitante de calle, quien falleció recientemente y fue identificada mediante el procedimiento de necropsia practicado por el Instituto de Medicina Legal.

De acuerdo con la información oficial emitida por dicha entidad, se logró establecer la identidad del fallecido, Reporte mediante cotejo dactiloscópico el nombre de ANDRES CEBALLOS AMELINES. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1110504363 expedida en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA con fecha 28/11/2008, nacido el 28/03/1978 en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA. no encontrándose hasta la fecha familiares responsables ni red de apoyo que asuma los costos funerarios correspondientes.

Considerando la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba. y en cumplimiento de los principios de dignidad humana y atención a población en extrema vulnerabilidad, acudimos a ustedes, conforme a sus competencias y programas de asistencia social, se brinde el auxilio de exequias correspondiente.

Según la valoración médica realizada, paciente que ingresa el 16 de febrero del presente año, poco colaborador, sin deseos de recibir manejo médico, por ambulancia al parecer del cruet (no hay más información), por episodio de diarrea, vómito y lipotimia, a su ingreso deshidratado, se identifica diagnóstico principal diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. fue valorado con indicación de hidratación intravenosa y paraclínicos pero paciente se retiró la canalización y no permite tratamiento médico, se intentó manejo médico con sedación y antipsicótico parenteral con mejoría parcial, pero vuelve y se descanaliza y no permite tratamiento, se realiza hidratación IV parcial a tolerancia. paciente caquéxico con severo síndrome constitucional, al parecer habitante de calle sin identificación, sin aportar información, presenta ausencia de respuesta por lo cual se verifica ausencia de signos vitales y se inicia RCP básico por 20 minutos sin respuesta por lo cual se declara fallecido a las 04+30 Am del día 17 de febrero del presente año.

Se adjuntan los documentos pertinentes, incluyendo copia del acta de defunción y certificación de identificación expedida por Medicina Legal.

Agradecemos de antemano la atención prestada y quedamos atentos a cualquier información adicional que se requiera para dar trámite a la presente solicitud.
Cordialmente,

Angie Paola Quitian Galeano
Trabajadora Social
Unidad de Salud de Ibagué U.S.I E.S.E

---

**Habitente de Calle Ibague** <habitantedecalleibg@gmail.com> 20 de febrero de 2026 a las 4:02 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzalez@gmail.com

-------- Mensaje reenviado --------
De: **EQUIPO PSICOSOCIAL** <psicosocial@usiese.gov.co>
Fecha: El vie, 20 feb. 2026 a la(s) 3:20 p.m.
Asunto: Fwd: SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIO – PACIENTE HABITANTE DE CALLE IDENTIFICADO MEDIANTE NECROPSIA DE MEDICINA LEGAL.
Para: etnias@ibague.gov.co <etnias@ibague.gov.co>, habitantedecalleibg@gmail.com <habitantedecalleibg@gmail.com>
[Texto citado oculto]

**4 archivos adjuntos**

**IDENTIFCACION FEHACIENTE DE ANDRES CEBALLOS AMELINES..pdf**
180K

**CERTIFICADO DEFUNCION MD LEG.pdf**
1495K

**SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIOS – PACIENTE HABITANTE DE CALLE IDENTIFICADO MEDIANTE NECROPSIA DE MEDICINA LEGAL..pdf**
159K

**Copia de historia clinica paciente sin identificar.pdf**
352K

Ibagué Tolima, 20 de febrero de 2026

Señores:
**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL**
Ibagué
Ciudad

**ASUNTO:** solicitud de auxilio funerario – paciente habitante de calle identificado mediante necropsia de medicina legal.

Respetados señores:

Por medio del presente, la Unidad Hospitalaria San Francisco U.S.I – E.S.E, se permite informar que en nuestras instalaciones se registró el fallecimiento de una persona de sexo masculino, aproximadamente de 46 años de edad, quien ingresó sin documento de identificación y sin acompañantes.

Por medio del presente me permito solicitar formalmente el apoyo económico y/o logístico para cubrir los gastos de exequias de una persona en condición de habitante de calle, quien falleció recientemente y fue identificada mediante el procedimiento de necropsia practicado por el Instituto de Medicina Legal.

De acuerdo con la información oficial emitida por dicha entidad, se logró establecer la identidad del fallecido, como Reporte mediante cotejo dactiloscópico el nombre de ANDRES CEBALLOS AMELINES. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1110504363 expedida en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA con fecha 28/11/2008, nacido el 28/03/1978 en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA. no encontrándose hasta la fecha familiares responsables ni red de apoyo que asuma los costos funerarios correspondientes.

Considerando la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba. y en cumplimiento de los principios de dignidad humana y atención a población en extrema vulnerabilidad, acudimos a ustedes, conforme a sus competencias y programas de asistencia social, se brinde el auxilio de exequias correspondiente.

Se adjuntan los documentos pertinentes, incluyendo copia del acta de defunción y certificación de identificación expedida por Medicina Legal.

Según la valoración médica realizada, paciente que ingresa el 16 de febrero del presente año, poco colaborador, sin deseos de recibir manejo médico, por

ambulancia al parecer del cruet (no hay más información), por episodio de diarrea, vomito y lipotomia, a su ingreso deshidratado, se identifica diagnostico principal diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. fue valorado con indicación de hidratación intravenosa y paraclínicos pero paciente se retiró la canalización y no permite tratamiento médico, se intentó manejo medico con sedación y antipsicótico parenteral con mejoría parcial, pero vuelve y se des canaliza y no permite tratamiento, se realiza hidratación IV parcial a tolerancia. paciente caquéxico con severo sindrome constitucional, al parecer habitante de calle sin identificación, sin aportar información, presenta ausencia de respuesta por lo cual se verifica ausencia de signos vitales y se inicia RCP básico por 20 minutos sin respuesta por lo cual se declara fallecido a las 04+30 Am del día 17 de febrero del presente año. se considera paciente NN habitante de calle sin identificar, por lo cual se comunica a autoridad correspondiente para diligenciamiento de certificado de defunción.

el deceso se produjo por presunta causa natural. No obstante, debido a que se trata de una persona no identificada y presuntamente habitante de calle, se hace necesaria la práctica de necropsia médico-legal con fines de identificación plena y determinación oficial de causa de muerte, conforme a los procedimientos legales vigentes.

Agradecemos de antemano la atención prestada y quedamos atentos a cualquier información adicional que se requiera para dar trámite a la presente solicitud.

Cordialmente,

ANGIE PAOLA QUITIAN GALEANO
C.C: 1.106.454.197
Trabajadora social
Unidad Intermedia Hospital San Francisco U.S.I. E.S.E

**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES**

***ORGANISMO DE INSPECCIÓN LOFOSCOPIA FORENSE***

**REGIONAL SUR SECCIONAL TOLIMA**

**IBAGUE**

**No. Informe. DRSU- DSTO-LOFFO-20260101730010000140-1** 

IBAGUÉ-TOLIMA, 2026-02-18
DOCTOR (A).
BRAN ALFONSO DIAZ QUINTERO
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
Sitio de Atención: IBAGUE
IBAGUÉ-TOLIMA
**Autoridad: UNIDAD HOSPITALARIA SAN FRANCISO U.S.I**
**Acta Numero: SIN NUMERO**
**No. SIRDEC: 20260101730010000140**
**Procedencia de la solicitud: Unidad Básica de IBAGUE**
**Fecha de la solicitud: 2026-02-18**
**Fecha de recepción en el organismo de inspección: 2026-02-18**
**Fecha análisis: 2026-02-18**

**ELEMENTOS RECIBIDOS PARA ESTUDIO:**
Tarjeta de Necrodactilia.
Informe sobre Consulta Web de la Registraduría Nacional.

**ESTUDIO SOLICITADO:**
IDENTIFICACIÓN POR LOFOSCOPIA.

**METODOS EMPLEADOS:**
ANÁLISIS DE IMPRESIONES DE ORIGEN LOFOSCOPICO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO ACE-V, DG-M-PET-121 V4.

El Grupo de Trabajo Europeo de Interpol sobre Identificación de Huellas Dactilares II (GTEIIHD II) ha postulado que la base para la identificación lofoscópica está constituida por dos axiomas: son únicas y no cambian a lo largo de la vida. La investigación científica y la práctica extensiva han demostrado que el tejido para estudio lofoscópico, una vez acabado el desarrollo fetal son inmutables de manera natural incluso mucho tiempo después de la muerte, conservando las formas y los detalles de las crestas puesto que su formación es de origen interno (en la capa dérmica de la piel). La unicidad se expresa en las crestas papilares teniendo en cuenta la situación, la dirección y las relaciones de las crestas.

**INSTRUMENTOS:**
NO APLICA.

**INTERPRETACION DE RESULTADOS Y CONCLUSION:**El occiso (a) registrado con el NUNC/Acta de inspección a cadáver No. No Aplica se identifica fehacientemente mediante cotejo dactiloscópico con el nombre de ANDRES CEBALLOS AMELINES. CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1110504363 expedida en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA con fecha 28/11/2008, nacido el 28/03/1978 en IBAGUÉ-TOLIMA-COLOMBIA.

**ANGEL GABRIEL VILLAMIL HERNANDEZ**
**TECNICO FORENSE** **Rev:**N GC

El alcance de acreditación no cubre identificación por pulpejos e identificación por muestras latentes.

FIN DEL INFORME PERICIAL

U.S.I.

# HISTORIA CLÍNICA
# EVOLUCION MEDICA

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 160220266 **Fecha de Folio:** 17/02/2026 4:35 **Nº FOLIO:** 3
**Nombre Paciente:** NN NN NN HOMBRE **Identificación:** 160220266 **Sexo:** Masculino
**Fecha Nacimiento:** 16/febrero/1980 **Edad Actual:** 46 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** HABITANTE DE CALLE **Teléfono:** NO TIENE
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3643703 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2026 5:32:24 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

## EVOLUCION MEDICA

**SUBJETIVO:**

INGRESO A OBSERVACION
USI SAN FRANCISCO

MC: "VOMITO, DIARREA, ME QUIERO MORIR"

EA: PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD, EN CONDICION DE CALLE, FARMACODEPENDENCIA, TRAIDO POR AMBULANCIA EXTRAINSTITUCIONAL, MAL INFORMANTE, POCO COLABORADOR, CON CUADRO DE EVOLUCION NO CLARA CONSISTENTE EN DEPOSICIONES LIQUIDAS, EPISODIOS EMETICOS, CON EPISODIO DE HETERO Y AUTOAGRESIVIDAD, SE BAJA DE CAMILLA, SE TIRA AL PISO, "AQUI ME SIENTO MEJOR" "YO ME QUIERO MORIR" "NO ME VOY A DEJAR PONER NADA", NO APORTA MAS DATOS.

**SIGNOS VITALES:**

**Tesión Arterial:** 1 / 1 **Media:** 1 mmHg **SO2:** 1.0 %
**Frecuencia Cardiaca:** 1,0 min **Frecuencia Respiratoria:** 1,0 min **Temperatura:** 30,0 °C

**OBJETIVO:**

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, COMATOSO, NO RESPONDE
CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, PUPILAS PLENAS NO REACTIVAS, MUCOSA ORAL SECA, FARINGE Y AMIGDALAS NORMALES, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS PALPABLES, SIN PULSO CAROTIDEO
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS AUSENTES, MURMULLO VESICULAR AUSENTE, TORAX NORMOCONFIGURADO Y NORMOEXPANSIBLE
ABDOMEN: EXCAVADO
GENITOURINARIO: DIFERIDO
EXTREMIDADES: ATROFICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR AUSENTE
NEUROLOGICO: COMATOSO, NO RESPONDE
PIEL Y FANERAS: PALIDEZ MUCOCUTANEA

PARACLIINCOS
NO FUE POSIBLE TOMARLOS

**ANALISIS Y MANEJO:**

PACIENTE QUE INGRESA EL DIA DE AYER, POCO COLABORADOR, SIN DESEOS DE RECIBIR MANEJO MEDICO, POR AMBULANCIA AL PARECER DEL CRUET (NO HAY MAS INFORMACIO), POR EPISODIO DE DIARREA, VOMITO Y LIPOTOMIA, A SU INGRESO DESHIDRATADO, FUE VALORADO CON INDICACION DE HIDRATACION IV Y PARACLIINCOS PERO PACIENTE SE RETIRO LA CANALIZACION Y NO PERMITIO TRATAMIENTO MEDICO, SE INTENTO MANEJO MEDICO CON SEDACION Y ANTPISCOTICO PARENTERAL CON MEJORIA PARCIAL PERO VUELVE Y SE DESCANALIZA Y NO PERMITE TRATAMIENTO, SE REALIZA HIDRATACION IV PARCIAL A TOLERANCIA. PACIENTE CAQUEXICO CON SEVERO SINDROME CONSTITUCIONAL, AL PARECER HABITANTE DE CALLE SIN IDENTIFICACION, SIN APORTAR INFORMACION, PRESENTA AUSENCIA DE RESPUESTA POR LO CUAL SE VERIFICA AUSENCIA DE SIGNOS VITALES Y SE INICIA RCP BASICO POR 20 MINUTOS SIN RESPUESTA POR LO CUAL SE DECLARA FALLECIDO A LAS 04+30. SE CONSIDERA PACIENTE NN HABITANTE EDE CALLE SIN IDENTIFICAR, POR LO CUAL SE COMUNICA A AUTORIDAD CORRESPONDIENTE PARA DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION.

**GLUCOMETRIA** **SATURACION DE OXIGENO** **DIETA**

# HISTORIA CLÍNICA
# EVOLUCION MEDICA

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 160220266 **Fecha de Folio:** 17/02/2026 4:35 **Nº FOLIO:** 3
**Nombre Paciente:** NN NN NN HOMBRE **Identificación:** 160220266 **Sexo:** Masculino
**Fecha Nacimiento:** 16/febrero/1980 **Edad Actual:** 46 Años / 0 Meses / 0 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** HABITANTE DE CALLE **Teléfono:** NO TIENE
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** SECRETARIA SALUD MUNICIPAL DE IBAGUE **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 VINCULADOS

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3641703 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2026 5:32:24 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 266 - URGENCIAS OBSERVACION UI SAN FRANCISCO

## ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | DETALLE |
|---|---|---|
| Alérgicos | 16/02/2026 8:06:48 p. m. | NIEGA |

## IMPRESION DIAGNOSTICA

| CODIGO | DIAGNOSTICO | DIAGNOSTICO PRINCIPAL |
|---|---|---|
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | ☑ |
| F138 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS, OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO | ☐ |

## PLAN DE MANEJO

| CANTIDAD | PRODUCTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

## EXAMENES SOLICITADOS

| CANTIDAD | EXAMEN |
|---|---|




**Profesional:** MARQUEZ MERCADO JAIRO
**Cédula:** 1110494054
**Tipo Medico:** Medico_General

Usuario: 1106454197
Nombre reporte : HCRPHistoFase

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [800103590-2]

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 20 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 20 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** LUISA FERNANDA LIBERATO

**IDENTIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN:** HOSPITAL SAN FRANCISCO

**TELÉFONO:** 3042092596

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TRABAJADORA SOCIAL

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** ANGY LIZETH OLAYA

**IDENTIFICACIÓN:** 1110517788

**PROGRAMA:** HABITANTE DE CALLE

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Código de verificación
5734823114

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 1.110.517.788 |
| Fecha de Expedición: | 4 DE DICIEMBRE DE 2009 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | ANGY LIZEH OLAYA GRANADOS |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 25 de Marzo de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 23 de febrero de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26023220047178**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | |
| Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |
|---|---|---|
| No fetal | Año - Mes - Día: 2026-02-20 | Hora - Minutos: 16:20:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Femenino | Cédula de ciudadanía | 1110517788 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| OLAYA | GRANADOS | ANGY | LIZETH |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía | 5819264 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| velandia | tovar | victor | hugo |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 731153 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | |
|---|---|
| Departamento | Municipio |
| TOLIMA | IBAGUÉ |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| Año - Mes - Día: 2026-02-20 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-02-25 19:01

Código verificación: 4C37-640E-5D19-6A52

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238556

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [03] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

OLAYA GRANADOS ANGY LIZETH

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 1110517788 de-IBAGUE | Femenino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 20 | 18:20 | 260220220047178 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | [ ] | Certificado Médico [X] | VICTOR HUGO VELANDIA TOVAR |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

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

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes FEB Día 23 | |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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 | 1110517788 |
| NOMBRES | ANGY LIZEH |
| APELLIDOS | OLAYA GRANADOS |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/01/2016 | 19/02/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 03/08/2026 20:42:54 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: Solicitud auxilio funebre - habitante de calle mujer

1 mensaje

**Trabajo Social USI Sur** <trabajosocialusisur@gmail.com> 20 de febrero de 2026 a las 8:39 p.m.
Para: "gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com" <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

——— Forwarded message ———
De: **Trabajo Social USI Sur** <trabajosocialusisur@gmail.com>
Date: vie, 20 feb 2026 a la(s) 8:03 p.m.
Subject: Solicitud auxilio funebre - habitante de calle mujer
To: <desarrollosocial@ibague.gov.co>, <gladyscastillo0106@hotmail.com>

Señores:

Programa de Desarrollo Social
Alcaldía Municipal

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito solicitar el apoyo del Programa de Desarrollo Social frente al caso del paciente femenina habitante de calle en condición de abandono social y familiar que lamentablemente falleció el día de hoy 20 de Febrero de 2026 a las 18+20.

Paciente ANGY LIZEH OLAYA GRANADOS identificada con CC 1.110.517.788, de 34 años de edad, con seguridad social Nueva Eps, quien ingresó al servicio de urgencias de la USI San Francisco, en ambulancia al ser encontrada en vía pública por cuadro clínico de malestar general, pérdida de peso, deposiciones diarreicas y debilidad que impide la marcha. Antecedente de consumo de spa, habitante de calle. Diagnóstico por HC: Insuficiencia respiratoria aguda, choque mixto refractario, neumonía adquirida en la comunidad, enfermedad diarreica aguda de alto gasto, deshidratación secundaria, trastorno hidroelectrolítico tipo hipocalcemia moderada, sífilis tardía tratada, Bicitopenia, anemia moderada, trombocitopenia leve, desnutrición proteico calórica.

La paciente estaba en condición de calle, no aportó información de familiares o conocidos, durante la estancia no se presentó ninguna persona que indicará conocerla. Relató al personal asistencial que durante la infancia estuvo institucionalizada en el ICBF, desde que cumplió la mayoría de edad estuvo en condición de calle.

Dado que el paciente no cuenta con dolientes que puedan asumir los gastos funerarios, solicitamos respetuosamente el acompañamiento y la autorización del auxilio funerario que la Alcaldía brinda en estos casos, con el fin de garantizar una disposición final del cuerpo.

Se adjuntan para su revisión los siguientes documentos:

- Historia clínica

- Certificado de defunción

- Consulta Adres

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a cualquier información o documentación adicional que se requiera.

Cordialmente,

Luisa Fernanda Liberato

Trabajadora Social

Tel 3042092595

---

**3 archivos adjuntos**

**CERTIFICADO DE DEFUNCION ANGY OLAYA.pdf**
264K

**HC ANGY LIZETH OLAYA GRANADOS.pdf**
493K

**CONSULTA ADRES.pdf**
224K

U.S.I.

# HISTORIA CLÍNICA
# EVOLUCION MEDICA

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 1110517788 **Fecha de Folio:** 20/02/2026 19:06 **Nº FOLIO:** 62 **Folio Asociado:** 60
**Nombre Paciente:** ANGY LIZEH OLAYA GRANADOS **Identificación:** 1110517788 **Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento:** 15/noviembre/1991 **Edad Actual:** 34 Años / 3 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** carrera 4 c # 24-33 **Teléfono:** 3175272648
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3643086 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2026 2:15:24 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 262 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SAN FRANCISCO

## EVOLUCION MEDICA

**SUBJETIVO:**

NOTA DE OBSERVACION

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS:

1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
1..2 CHOQUE MIXTO REFRACTARIO
1.1 NEUMONIA ADQUIRDA EN LA COMUNIDAD
2. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA DE ALTO GASTO
3. DESHIDRTACION SECUDARIA
4. TRASTORNO HIDROELECTROLITICO TIPO HIPOKALEMIA MODERADA (2.6)
5 SIFILIS TARDIA TRATADA?
6. BICITOPENIA
6.1 ANEMIA MODERADA
6.2 TROMBOCITOPENIA LEVE
7. DESNUTRICION PROTEICO CALORICA
8. ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA
9. HABITANTE DE CALLE
10. PACIENTE QUE NO ACEPTAA PROCEIMIENOT MEDICO ( VENOPUNCION)

PACIENTE NO RESPONDE AL LLAMADO Y NI A ESTIMULOS, PALIDA , FRIA

**SIGNOS VITALES:**

**Tesión Arterial:** 1 / 1 **Media:** 1 mmHg **SO2:** 1,0 %
**Frecuencia Cardiaca:** 1,0 min **Frecuencia Respiratoria:** 1,0 min **Temperatura:** 30,0 °C

**OBJETIVO:**

EF: CUEPRO SIN SIGNOS VITALES, CON SIGNOS DE LIVIDESES TEMPRANAS, RIGIDEZ GENERALIZADA. CABEZA Y CUELLO: NORMOCÉFALA, SIN MASAS. TÓRAX: SIN ALTERAICONES, NO SIGNOS DE TRAUMA ABDOMEN:NO MASAS O MEGALIAS PALPABLES, NO SIGNOS DE TRAUMA. GENITOURINARIO: NO EXPLORADO EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, RIGIDAS, NEUROLÓGICO: PACIENTE SIN SIGNOS VITALES, PUPILA MIDRIATICAS ARFREACTIVAS

**ANALISIS Y MANEJO:**

PACIENTE EN CONTEXTO DE CHOQUE MIXTO REFRACTARIO EN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO CON AMOXICILINA Y METRONIDAZOL DIA 3, RECIBO LLAMADO DE PERSONAL DE ENFERMERIA AL MOMENTO DE LA VALROACION PACIENTE NO RESPONDE A LLAMADO NI A ESTIMULOS DOLOROSOS, SIN SIGNOS VITALES A CON SIGNOS DE LIVIDESES CADAVERICAS TEMPRANAS COMO RIGIIDEZ, ENFRIAMIENTO CADAVERICO, PALIDEZ MUCOCUTANEA. POR LO CUAL SE PROCEDE A GENERAR CETIFICADO DE DEFUNCION NUMERO 26023220047178. SE INTENTO LLAMAR A NUMERO REGISTRADO DE PACIENTE SIN RESPUESTA. SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION CON USUARIO DLE DR VELANDIA PORQUE USUARIO DE MI RUAF CON FALLAS PARA INGRESO

**GLUCOMETRIA** **SATURACION DE OXIGENO** **DIETA**

U.S.I.

# HISTORIA CLÍNICA
# EVOLUCION MEDICA

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 1110517788 **Fecha de Folio:** 20/02/2026 19:06 **Nº FOLIO:** 62 **Folio Asociado:** 60
**Nombre Paciente:** ANGY LIZEH OLAYA GRANADOS **Identificación:** 1110517788 **Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento:** 15/noviembre/1991 **Edad Actual:** 34 Años / 3 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** carrera 4 c # 24-33 **Teléfono:** 3175272648
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3643086 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2026 2:15:24 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 262 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SAN FRANCISCO

## ANTECEDENTES

| TIPO | FECHA | DETALLE |
|---|---|---|
| Médicos | 24/08/2022 3:03:27 p. m. | NIEGA |
| Quirúrgicos | 24/08/2022 3:03:27 p. m. | OSTEOSINTESIS DER CODO DERECHO |
| Tóxicos | 24/08/2022 3:03:27 p. m. | NIEGA |
| Alérgicos | 24/08/2022 3:03:27 p. m. | NIEGA |
| Ginecobstétricos | 24/08/2022 3:03:27 p. m. | M 15<br>C 30 X IRREGULRA<br>PLANIF NO |
| Ginecobstétricos | 26/12/2025 4:46:23 p. m. | GOPOAO |
| Ginecobstétricos | 26/12/2025 4:46:23 p. m. | S |
| Médicos | 14/02/2026 11:27:49 a. m. | SIFILIS ?? ANEMIA ? |
| Alérgicos | 14/02/2026 1:11:42 p. m. | NIEGA |
| Médicos | 14/02/2026 1:11:42 p. m. | SIFILIS ?? ANEMIA ? |
| Tóxicos | 14/02/2026 1:11:42 p. m. | CONSUMO DE BAZUCO |

## IMPRESION DIAGNOSTICA

| CODIGO | DIAGNOSTICO | DIAGNOSTICO PRINCIPAL |
|---|---|---|
| J158 | OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS | ☑ |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | ☐ |
| A512 | SIFILIS PRIMARIA EN OTROS SITIOS | ☐ |
| E43X | DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA | ☐ |

LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

U.S.I.

# HISTORIA CLÍNICA
# EVOLUCION MEDICA

## DATOS DEL PACIENTE

**Nº Historia Clínica:** 1110517788 **Fecha de Folio:** 20/02/2026 19:06 **Nº FOLIO:** 62 **Folio Asociado:** 60
**Nombre Paciente:** ANGY LIZEH OLAYA GRANADOS **Identificación:** 1110517788 **Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento:** 15/noviembre/1991 **Edad Actual:** 34 Años / 3 Meses / 6 Días **Estado Civil:** Soltero
**Dirección:** carrera 4 c # 24-33 **Teléfono:** 3175272648
**Procedencia:** IBAGUE **Ocupación:**

## DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
**Plan Beneficios:** NUEVA EPS SA SUBSIDIADO CAPITA **Nivel - Estrato:** ESTRATO 1 SUBSIDIADO

## DATOS DE LA ADMISIÓN:

**Nº INGRESO:** 3643086 **FECHA DE INGRESO:** 16/02/2026 2:15:24 p. m.
**FINALIDAD CONSULTA:** Otra **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
**RESPONSABLE:** **DIRECCION:** **TELEFONO:**
**CENTRO DE ATENCIÓN:** 001 - UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO **ÁREA DE SERVICIO:** 262 - HOSPITALIZACION GENERAL UI SAN FRANCISCO

| | | |
|---|---|---|
| F191 | TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, USO NOCIVO | ☐ |
| Z658 | OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON CIRCUNSTANCIANCIAS PSICOSOCIALES | ☐ |
| E878 | OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE | ☐ |
| R572 | CHOQUE SÉPTICO | ☐ |
| J80X | SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO | ☐ |

## PLAN DE MANEJO

| CANTIDAD | PRODUCTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|

## EXAMENES SOLICITADOS

| CANTIDAD | EXAMEN |
|---|---|

1094282801

MEDICO GENERAL

**Profesional:** CASSIERRA ARIAS FABIO ANDRES
**Cédula:** 1094282801
**Tipo Medico:** Medico_General
LICENCIADO A: [UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE] NIT [809003590-2]

Usuario: 1104706658
Nombre reporte : HCRPHistoBase

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 24 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 23 DE FEBRERO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** DINA MARCELA VASQUEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1110540478

**DIRECCIÓN:** MZ 112A CS 1 BARRIO MODELIA 2

**TELÉFONO:** 3208225317

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** MADRE

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

Arroyo Andres

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JORGE IGNACIO ARCE VASQUEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 1116156511

**PROGRAMA:** JOVEN

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



**PRIMERA VEZ CC**
**1.116.156.511**



APELLIDOS / NOMBRES
**ARCE VASQUEZ**
**JORGE IGNACIO**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**25-AGO-2005**
**YOTOCO - VALLE**

FECHA DE EXPEDICIÓN
**26-SEP-2023**

SEXO
**MASCULINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN
**NECOCLI - NECOCLI**

OFICINA DE ENTREGA
**NECOCLI - NECOCLI**

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

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 26-MAR-2024**

**8509639757**
**26-SEP-2023**

1/1

155 202

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26024520050440**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ |

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

| Área | Centro Poblado (vereda/corregimiento) |
|---|---|
| Rural Disperso | |

| TIPO DE DEFUNCIÓN | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2026-02-23 | 15:45:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1116156511 |

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ARCE | VASQUEZ | JORGE | IGNACIO |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO/A SE RECONOCÍA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
| No natural | Ninguno de los anteriores | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cedula de ciudadania | 1053828924 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| ROSERO | MONTOYA | SAYDA | TATIANA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Medico | 1053828924 |

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| TOLIMA | IBAGUE |

| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Día) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2026-02-24 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos | Defunciones

Fecha de impresión: 2026-02-24 17:12:26

Código verificación: CF5-7E7B-1C0B-4A5b

La Aurora
Funerales y Capillas

**LA AURORA TOLIMA S.A.S.**

**NIT: 900.135.782-6**

REGISTRADURÍA ESPECIAL DE IBAGUÉ
25 FEB 2026
RECIBE Alexandra R

**Ibagué 25 de FEBRERO Del 2026**

**Señores**
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL IBAGUE**

Comedidamente me dirijo a ustedes con el fin de relacionar el certificado de defunción por muerte **NO NATURAL O EN ESTUDIO** con su respectiva copia del documento de identidad para trámites pertinentes del registro de defunción

| NOMBRE DEL FALLECIDO | FECHA DE DEFUNCION | CC | CMD |
|---|---|---|---|
| (+) Yeferson David Lozano Zona | 2026-02-21 | 1105610680 | 26023020049398 |
| (+) Herson Andres Acevedo Martinez | 2026-02-16 | CC 1002941939 | 26024620044584 |
| (+) Jorge Ignacio Arce Vasquez | 2026-02-23 | CC 1116156511 | 26024520050440 |

Gracias por su colaboración

Diego G
**DIEGO GONZALEZ**
**Coordinador de servicios**
**La Aurora Tolima S.A.S**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.110.540.478

VASQUEZ PRIETO

APELLIDOS

DINA MARCELA

NOMBRES

Dina Marcela Vasquez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1987

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

09-NOV-2011 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2900150-01274259-F-1110540478-20211228 0077615782A 1

Sisbén

**Fecha de consulta:** 24/02/2026

**Ficha:** 7300104913852000010 1S

# A2

## Pobreza extrema

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** DINA MARCELA

**Apellidos:** VASQUEZ PRIETO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 1110540478

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 20/10/2021

**Última actualización ciudadano:** 19/02/2026

**Última actualización vía registros administrativos:** 31/08/2025

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

24/02/2026

buenos dias señores de desarrollo social
minombre es dina marcela Vasquez prieto
Vivo en asentamiento de alamos ayer
Como a eso de las 3 de la tarde un
amigo de mi hijo Jorge ignacion arce Vasquez
Vino a decirle que lo acompañara
a ambala Cerca del Conjunto residencial
alminar samoa donde los del Conjunto
alertaron alas autoridades de los disparos
mi hijo vivia en el asentamiento alamos
Yo marcela me entero por un vecino alas
siete de la noche porque ya habia
salido por las noticias y me entero
que era mi hijo me lo mataron y no
Cuento Con Presupuesto para el entierro
por eso me dirijo hacia ustedes
me brinden el apoyo para brindarle
Cristiana Sepultura a mi hijo ya que
uno no sabe la Verdad estoy Con el
alma partida por favor Cuento con su
ayuda dina marcela vasquez

Jorge ignacio arce vasquez
CC 1116156511

dina marcela Vasquez prieto
CC. 1110.540.478 ibague

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.110.536.308



SANCHEZ FORERO

JOSE ARLEY

COL 1.65 M

10 NOV 1992 O+

IBAGUE (TOLIMA)

21 JUN 2011, IBAGUE

09 ABR 2034

044179333

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL044179333629001<<<<<<<<<<<
9211100M3404090COL1110536308<2
SANCHEZ<FORERO<<JOSE<ARLEY<<<<

Salud Total EPS S

Bogota. Febrero 24 de 2026

Señor:
SANCHEZ FORERO JOSE ARLEY
CC. 1110536308
MN 112 A CA 1 BRR MODELIA 2 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 10 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SANCHEZ VASQUEZ MICHAEL ARLEY | 1110587960 | T | Feb-8-2020 | 56 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| ARCE VASQUEZ JORGE IGNACIO | 1118158511 | C | Feb-22-2020 | 56 | 5 | HIJO DE 18 A 25 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| SANCHEZ VASQUEZ JESSICA THALIANA | 1030269467 | R | Jun-9-2020 | 55 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| ARCE VASQUEZ YURI ANDREA | 1010455653 | C | Feb-22-2020 | 56 | 26 | HIJO DE 18 A 25 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| SANCHEZ FORERO JOSE ARLEY | 1110536308 | C | Feb-10-2020 | 56 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| VASQUEZ PRIETO DINA MARCELA | 1110540479 | C | Feb-8-2020 | 56 | 26 | COMPAÑERO | VIGENTE | | | Ninguna |
| VASQUEZ PRIETO DAUEN STEVEN | 1110548996 | T | Feb-22-2020 | 56 | 26 | HIJO DE CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| VASQUEZ PRIETO ASL NICOL | 1110568701 | C | Feb-22-2020 | 56 | 5 | HIJO DE CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| VASQUEZ PRIETO ELIECER | 1110568334 | T | Feb-22-2020 | 56 | 5 | HIJO DE CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | VIGENTE |
| TRAJOS ESTRUCTURALES SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| G Y G CONSTRUCTION S A S | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| COMUNICACIONES DARABALI Y NAZARIT SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| CIVIL OBRAS CIVILES EU | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| SARZON CONSTRUCCIONES Y SERVICIOS SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| SARZON AL MONACO CONSTRUCCIONES SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| MEO EQUIPOS SOLUCIONES INTEGRALES SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| J REYES CONTRUCCIONES S A S | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| J REYES CONTRUCCIONES S A S | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| J Y S CONSTRUCCIONES Y EDIFICACIONES SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |
| DJG CONSTRUCCIONES OBRA CIVIL SAS | 1110536308 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Iraidi Alexis Cadena Godoy - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Servicios Autorizados hasta el 10 de Marzo

| NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE DEFUNCIÓN | TIPO DE POBLACIÓN | VALOR |
|---|---|---|---|
| NAREN FELIPE MONTEALEGRE BARRETO | 26/02/2026 | JOVEN | $ 2.460.000 |
| LUZ MERY BURGOS CORTES | 1/03/2026 | MUJER | $ 2.460.000 |
| JOSE ROMER SKINNER VERGARA | 3/03/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| LUIS EDUARDO RUBIO VARON | 6/03/2026 | ADULTO MAYOR | $ 2.460.000 |
| **VALOR TOTAL** | | | **$ 9.840.000** |

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 26 DE FEBRERO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 03 DE MARZO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** ANGIE DAYANA ORTIZ BARRETO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110554061

**DIRECCIÓN:** CALLE 19 # 36 SUR 120

**TELÉFONO:** 3222176692

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** TIA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** NAREN FELIPE MONTEALEGRE BARRETO

**IDENTIFICACIÓN:** 1110474161

**PROGRAMA:** JOVEN

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.110.474.161
MONTEALEGRE BARRETO

NAREN FELIPE

Naren Felipe B.





FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-2001
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ENE-2020 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Powered by CamScanner

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26021420053390**

16 2026

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | TOLIMA | IBAGUÉ | |
| Cabecera Municipal | | | |
| | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Día) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) | |
| Natural | 2026-02-26 | (Sin establecer) | |
| | | | |
| Masculino | Cédula de ciudadanía | 1110478151 | |
| PONTE ALFORS | BARRETO | NAREN | FELIPE |
| | | | |
| No natural | Ninguno de los anteriores | | |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 87454294 | |
| DIAZ | CONTRERO | BRIAN | ALFONSO |
| | | 87454294 | |
| TOLIMA | | IBAGUÉ | |

FISCALIA

**730016000450202600544**
**Oficio No. 20460-43-01-00544**

Ibagué, 03 de marzo de 2026

Señores
**INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL**
**Y CIENCIAS FORENSES**
Ciudad.

**ASUNTO: ENTREGA CADAVER**

Comedidamente les solicito una vez sea realizada la necropsia, sea entregado el cadáver de quien en vida respondía al nombre de:

| | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | **NAREN FELIPE MONTEALEGRE BARRETO** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD – | CC. 1.110.474.161 |
| LUGAR DE EXPEDICION | IBAGUE – TOLIMA |
| FECHA DE NACIMIENTO | 07/12/2001 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | IBAGUE – TOLIMA |
| SEXO | MASCULINO |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO |
| AL SEÑOR (A) | **ANGIE DAYANA ORTIZ BARRETO** |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CC. 1.110.554.061 |
| EXPEDIDA EN | IBAGUE - TOLIMA |
| RESIDENCIA | CALLE 19 NO 36 SUR - 120 |
| TELÉFONO | 3222176692 |
| PARENTESCO | TIA |

Policia judicial SIJIN, le practicó inspección técnica a cadáver, el día 26 de febrero de 2026. Se hace entrega del cuerpo **SIN AUTORIZACIÓN DE CREMACIÓN.**

**JULIO CESAR MERCHAN GOMEZ**
**FISCAL 74 LOCAL ( E )**
**URI**

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.554.061
ORTIZ BARRETO
APELLIDOS
ANGIE DAYANA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1994
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-DIC-2012 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-2900100-00429799-F-1110554061-20130403 0032826396A 1 2952739

Powered by CamScanner

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 | 1110474161 |
| NOMBRES | NAREN FELIPE |
| APELLIDOS | MONTEALEGRE BARRETO |
| 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 | PIJAOS SALUD EPSI | SUBSIDIADO | 05/10/2017 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 03/03/2026 10:31:57 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

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

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096

**Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co> 3 de marzo de 2026 a las 12:11 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

***Claudia Andrea Aristizábal***
**Despacho de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

---------- Forwarded message ---------
De: **P.U ATENCION AL USUARIO** <atencion.usuarios@hflleras.gov.co>
Date: mar, 3 mar 2026 a las 12:04
Subject: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096
To: Despacho desarrollo Social comunitario <desarrollosocial@ibague.gov.co>, <gladyscastillo0108@hotmail.com>

Ibagué- Tolima, marzo 03 del 2026

Señores
**SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO**
Ibagué Tolima

Cordial saludo,

Mediante la presente me dirijo a usted muy respetuosamente con la finalidad de comentar el caso del paciente ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096, quien falleció en nuestra institución y su red familiar indica que son de escasos recursos económicos, revisando las bases de datos paciente registra con DNP A5 pobreza extrema.

Con base a esto solicitamos su amable colaboracion con la gestión de los auxilios funerarios. se adjunta paquete con los documentos del paciente, datos de familiar y se informa que el cuerpo encuentra en la morgue del hospital Federico Lleras Acosta sede La Francia

Agradezco de antemano la atención prestada y espero su pronta respuesta. a

familiar: ROMER SKUINNER FALLA (hijo) cel. 3156791909

quedo atenta, gracias

**ANGELICA ROMERO MÉNDEZ**
**Profesional universitario Atención al Usuario**
**Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E III**
**2739805-2739806 Ext 307**

La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos al mismo, pertenece al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUE – TOLIMA es confidencial y privilegiada. Está dirigida exclusivamente para el uso privado del destinatario. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización del remitente será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. Si usted, por error recibe este mensaje, por favor notifique inmediatamente al remitente por esta misma vía y destruya el mensaje original y sus adjuntos".

Declinación de Responsabilidades. Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no representan la opinión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E o de sus autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cual EL Hospital no es responsable de los daños causados por cualquier virus transmitido en este correo electrónico.

**PAQUETE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA.pdf**
1101K

Código de verificación
4918231419

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**EL GRUPO SERVICIO DE INFORMACIÓN CIUDADANA DE LA REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**CERTIFICA:**

Que a la fecha en el archivo nacional de identificación el documento de identificación relacionado presenta la siguiente información y estado:

| | |
|---|---|
| Cédula de Ciudadanía: | 1.110.474.161 |
| Fecha de Expedición: | 28 DE ENERO DE 2020 |
| Lugar de Expedición: | IBAGUE - TOLIMA |
| A nombre de: | NAREN FELIPE MONTEALEGRE BARRETO |
| Estado: | VIGENTE |

**ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VALIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN**
**LA EXPEDICIÓN DE ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA**

---

Esta certificación es válida en todo el territorio nacional hasta el 02 de Abril de 2026

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene validez para todos los efectos legales.

Expedida el 3 de marzo de 2026

**EDISON QUIÑONES SILVA**
Coordinador Grupo Servicio de Información Ciudadana

---

Alcaldía de IBAGUÉ

# AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 01 DE MARZO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 01 DE MARZO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** TEOFILO RODRIGUEZ VERJAN

**IDENTIFICACIÓN:** 14237300

**DIRECCIÓN:** CARRERA 8 SUR KENNEDY

**TELÉFONO:** 3218293995

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** ESPOSO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** LUZ MERY BURGOS CORTES

**IDENTIFICACIÓN:** 65781529

**PROGRAMA:** MUJER

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL DE COLOMBIA

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **65.781.529**

**BURGOS CORTES**

APELLIDOS

**LUZ MERY**

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-1976**

**IBAGUE**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

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

**03-NOV-1996 IBAGUE**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00517032-F-0065781529-20131126 0035958195A 1 40809889

Powered by CamScanner

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26039620054760**

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | | |
| Área: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día: 2026-03-01 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos: 03:30:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO: Femenino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 65781529 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: BURGOS | Segundo apellido: CORTES | Primer nombre: LUZ | Segundo nombre: MERY |

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

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento: Cedula de ciudadania | Número de documento: 1104702114 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: PRADA | Segundo apellido: CARDOZO | Primer nombre: DAVID | Segundo nombre: LEONARDO |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1104702114 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | | |
|---|---|---|
| Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día: 2026-03-01 | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: David Prada Cardozo Médico General Universidad del Tolima C.C. 1104 702 114 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2026-03-01 09:46

Código verificación: 0009-4743-2980-9048

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indice alfabético Serial **11238561**

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina | Número | Circunscripción | Corregimiento | Inspección de Policía | Código

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del muerto**

Apellidos y nombres completos

RIVAS COBOS LUZ MERY

Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en letras)

C.C. 65781529 de IBAGUE | Femenino

**Datos de la defunción**

Lugar de la defunción (País, Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|
| Año 2026 Mes MAR Día 01 | 03:30 | 2603962905476[illegible] |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | DAVID LEONARDO PRADA CARDOZO |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2026 Mes MAR Día 02 | |

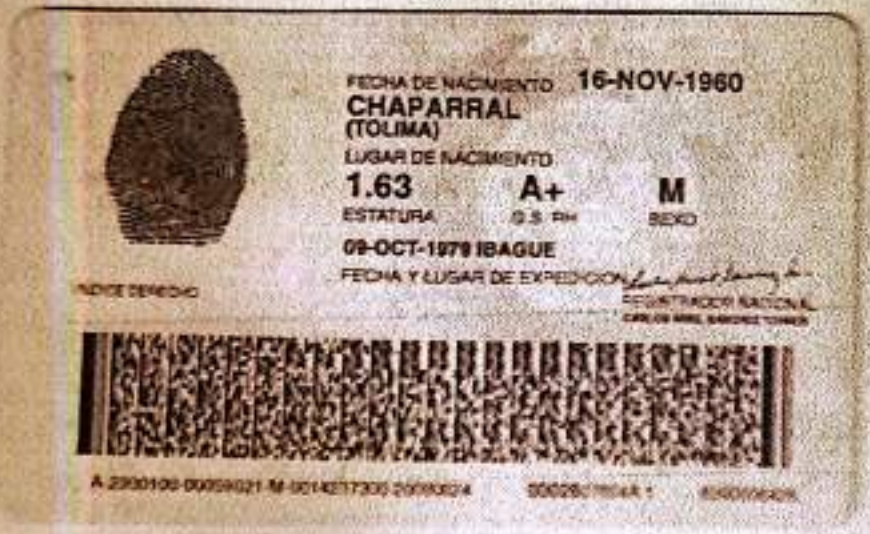
**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

**Fecha de consulta:** 11/03/2026

**Ficha:** 73001046138780001955 7

# B7

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LUZ MERY

**Apellidos:** BURGOS CORTES

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 65781529

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 23/10/2023

**Última actualización ciudadano:** 23/10/2023

**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:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfono:**

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

Powered by CamScanner

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 | 65781529 |
| NOMBRES | LUZ MERY |
| APELLIDOS | BURGOS CORTES |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| AFILIADO FALLECIDO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 17/03/2022 | 28/02/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/11/2026 10:37:45 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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



Powered by CamScanner

Alcaldía de IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN:** 03 DE MARZO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 03 DE MARZO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** ROMER ADALBERTO SKINNER

**IDENTIFICACIÓN:** 78477096

**DIRECCIÓN:** CRA 28 # 64-53 B/ LOS ANGELES AMBALA

**TELÉFONO:** 3156791909

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** HIJO

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** JOSE ROMER SKINNER VERGARA

**IDENTIFICACIÓN:** 14206960

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES:** SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 14.206.960

SKINNER VERGARA
APELLIDOS

JOSE ROMER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1948
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

24-MAR-1971 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-8881565-00905057-M-0014206960-20170513 0055415493A 1 47406332

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**26031620056538**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: TOLIMA | Municipio: IBAGUÉ |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Área: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): | |
| TIPO DE DEFUNCIÓN: No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año - Mes - Día: 2026-03-03 | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora - Minutos: 01:20:00 |
| SEXO DEL FALLECIDO: Masculino | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO: Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | Número de documento: 14206585 |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD): Primer apellido: SKINNER | Segundo apellido: VERGARA | Primer nombre: JOSE — Segundo nombre: ROMER |
| PROCEDENCIA Y MANERA DE MUERTE: Natural | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO: Población étnica: Ninguno de los anteriores | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1110523209 | |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR: Primer apellido: HERNANDEZ | Segundo apellido: MEDINA | Primer nombre: JUAN | Segundo nombre: FELIPE |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1110523209 | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Departamento: TOLIMA | | Municipio: IBAGUÉ | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: Año - Mes - Día: 2026-03-03 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-03-03 22:23

Código verificación: 1B11-690F-0783-44E

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238564

**Datos de la oficina de registro**

| Clase de oficina: Registraduría | | Notaría | | Consulado | 05 | Corregimiento | | Insp. de Policía | | Código | 7 3 4 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

SKINNER VERGARA JOSE ROMER - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
|---|---|
| C.C. 14206960 de IBAGUE - - - - - - - - | Masculino |

**Datos de la defunción**

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Fecha de la defunción | | | | | | Hora | Número de certificado de defunción |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2026 | Mes | MAR | Día | 03 | 01:20 | 26031620056538 |

**Presunción de muerte**

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

| Documento presentado | | | | Nombre y cargo del funcionario |
|---|---|---|---|---|
| Autorización judicial | | Certificado Médico | X | JUAN FELIPE HERNANDEZ MEDINA |

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Documentos de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 93394476 de IBAGUE - - - - - - - - | Jose Rivas |

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

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

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

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

| Fecha de Inscripción | | | | | | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2026 | Mes | MAR | Día | 05 | [illegible] |

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 79.477.096
SKINNER FALLA
APELLIDOS
ROMER ADALBERTO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1969
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-SEP-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-2900100-01023737-M-0079477096-20160718 0051995806A 3 51005055

Sisbén

**Fecha de consulta:** 09/03/2026

**Ficha:** 7300104857220000445 8

# B1

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** JOSE ROMER

**Apellidos:** SKINNER VERGARA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 14206960

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 19/12/2022

**Última actualización ciudadano:** 19/12/2022

**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**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

**Teléfonos:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.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 | 14206960 |
| NOMBRES | JOSE ROMER |
| APELLIDOS | SKINNER VERGARA |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| RETIRADO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 27/08/2018 | 02/03/2026 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/09/2026 11:48:14 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

Sisbén

Registro valida

A5

**Fecha de consulta:** 03/03/2026

**Ficha:** 73001043878700005921 **Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ROMER ADALBERTO

**Apellidos:** SKINNER FALLA

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 79477096

**Municipio:** Ibagué

**Departamento:** Tolima

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 07/06/2022

**Última actualización ciudadano:** 07/06/2022

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** NELSON FERNANDO HURTADO ACOS

**Dirección:** Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALAR

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:** sisben@ibague.gov

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

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 | 79477096 |
| NOMBRES | ROMER ADALBERTO |
| APELLIDOS | SKINNER FALLA |
| 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 | 12/07/2018 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 03/03/2026 11:48:55 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096

**Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co> 3 de marzo de 2026 a las 12:11 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

***Claudia Andrea Aristizábal***
**Despacho de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

---------- Forwarded message ----------
De: **P.U ATENCION AL USUARIO** <atencion.usuarios@hflleras.gov.co>
Date: mar, 3 mar 2026 a las 12:04
Subject: SOLICITUD AUXILIOS FUNERARIOS PACIENTE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096
To: Despacho desarrollo Social comunitario <desarrollosocial@ibague.gov.co>, <gladyscastillo0108@hotmail.com>

Ibagué- Tolima, marzo 03 del 2026

Señores
**SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO**
Ibagué Tolima

Cordial saludo,

Mediante la presente me dirijo a usted muy respetuosamente con la finalidad de comentar el caso del paciente ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA CC 79477096, quien falleció en nuestra institución y su red familiar indica que son de escasos recursos económicos, revisando las bases de datos paciente registra con DNP A5 pobreza extrema.

Con base a esto solicitamos su amable colaboracion con la gestión de los auxilios funerarios. se adjunta paquete con los documentos del paciente, datos de familiar y se informa que el cuerpo encuentra en la morgue del hospital Federico Lleras Acosta sede La Francia

Agradezco de antemano la atención prestada y espero su pronta respuesta. a

familiar: ROMER SKUINNER FALLA (hijo) cel. 3156791909

quedo atenta, gracias

**ANGELICA ROMERO MÉNDEZ**
**Profesional universitario Atención al Usuario**
**Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E III**
**2739805-2739806 Ext 307**




**La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos al mismo, pertenece al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUÉ – TOLIMA es confidencial y privilegiada. Está dirigida exclusivamente para el uso privado del destinatario. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización del remitente será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. Si usted, por error recibe este mensaje, por favor notifique inmediatamente al remitente por esta misma vía y destruya el mensaje original y sus adjuntos".**

**Declinación de Responsabilidades: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no representan la opinión del Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E o de sus autoridades. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos que tenga el correo o cualquier anexo, razón por la cual EL Hospital no es responsable de los daños causados por cualquier virus transmitido en este correo electrónico.**

---

**PAQUETE ROMER ADALBERTO SKINNER FALLA.pdf**
**1101K**

# NOTIFICACION

**El HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA de Ibague (Tolima), notifica al Servicio Funerario que :**

fallecio el Sr ( a ), identificado con numero: CédulaCiudadanía 14206960

con diagnostico CIE10: J960 I (Causa Base)

Certificacion de defuncion No: 2603162005653
8

Marcapaso: NO

Esta notificacion se realiza cumpliendo con los lineamientos del MPS "Orientaciones para el manejo y disposicion de cadaveres por covid 19 y el instructivo para la vigilancia en salud publica mediante la analisis respiratoria aguda asociada al nuevo coronavirus 2019 (covid 19) del instituto nacional de salud.



Profesional:
Cédula de ciudadania - 1110523209 - JUAN FELIPE HERNANDEZ MEDINA
Registro Medico: 1110523209
Especialidad: MEDICO GENERAL

Scanned with CamScanner

Alcaldía de
IBAGUÉ

## AUTORIZACIÓN AUXILIO FUNERARIO

**FECHA DE AUTORIZACIÓN**: 06 DE MARZO DE 2026

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** 06 DE MARZO DE 2026

**NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL SERVICIO:** INGRID BRIGITTE LLANOS RUBIO

**IDENTIFICACIÓN:** 1193287300

**DIRECCIÓN:** CALLE 15 # 1-57 SUR B/ COMBEIMA

**TELÉFONO:** 3106540087

**AFINIDAD CON EL FALLECIDO:** NIETA

**QUIEN AUTORIZA:** DRA. GLADYS FABIOLA CASTILLO GONZALEZ

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE DEL FALLECIDO:** LUIS EDUARDO RUBIO VARON

**IDENTIFICACIÓN:** 14197198

**PROGRAMA:** ADULTO MAYOR

**DESCRIPCIÓN:** SERVICIO DE ADULTO

**OBSERVACIONES**: SERVICIO INTEGRAL INHUMACIÓN CEMENTERIO SAN BONIFACIO

VoBo SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **14.197.198**



Apellidos
RUBIO VARON

Nombres
LUIS EDUARDO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.70 | M |

Fecha de nacimiento: 19 AGO 1942
G.S: O+

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
01 JUL 1966, IBAGUE

Firma

Fecha de expiración
11 NOV 2035

.CO

083909436

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL083909436229001<<<<<<<<<<<
4208192M3511118COL14197198<<<2
RUBIO<VARON<<LUIS<EDUARDO<<<<<

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

**26036240059700**

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

## I. INFORMACIÓN GENERAL

**LUGAR DE LA DEFUNCIÓN**

País: COLOMBIA Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

[X] Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) [ ] Rural Disperso

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN**

TIPO DE DEFUNCIÓN: [ ] Fetal [X] No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Año 2026 Mes 03 Día 06

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: Hora: Minutos: [X] Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

[X] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO – Tipo de documento

[ ] Registro Civil [ ] Tarjeta de Identidad [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de Extranjería

[ ] Pasaporte [ ] Carné Diplomático [ ] Pasaporte de la ONU [ ] Permiso Especial de Permanencia

[ ] Salvo Conducto de Permanencia [ ] Documento Extranjero [ ] Certificado de Nacido Vivo [ ] Permiso de Protección Temporal

[ ] Adulto sin identificar [ ] Menor sin identificar [ ] Sin información [ ] Otro ¿Cuál?

NÚMERO DE DOCUMENTO: 14.197.198

APELLIDOS Y NOMBRES DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| RUBIO | VARON | LUIS | EDUARDO |

PROBABLE MANERA DE MUERTE

[X] Natural [ ] No Natural [ ] En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO

[ ] Indígena [ ] ROM (gitano) [ ] Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia

¿A CUÁL pueblo indígena pertenece? [ ] Palenquero de San Basilio [ ] Negro, mulato, afrocolombiano/a o afrodescendiente

[X] Ninguno de los anteriores

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN – Tipo de documento

[X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de Extranjería [ ] Pasaporte

[ ] Permiso Especial de Permanencia [ ] Permiso de Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.110.491.860

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MENESES | VARON | GABRIEL | ALEXANDER |

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

[X] Médico(a) [ ] Enfermero(a) [ ] Auxiliar de enfermería

[ ] Profesional delegado [ ] Funcionario(a) de Registro Civil

REGISTRO PROFESIONAL: 1110491860

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: TOLIMA Municipio: IBAGUE

FECHA: Año 2026 Mes 03 Día 06

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE APELLIDOS – Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2026-03-06 10:43

Código verificación: A9D6-6A82-9BA1-6AEA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 11238566

**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina: Registraduría | Notaría: 07 | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código: 7540

Nombre Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos

RUBIO VARON LUIS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras)

C.C. 14197198 de IBAGUE | Masculino

**Datos de la defunción**

Lugar de defunción: Nombre Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Fecha de la defunción: Año 2026 Mes MAR Día 06 | Hora 11:XX | Número de certificado de defunción

**Presunción de muerte**

Juzgado o autoridad que sentencia: X.X.X.X.X.X.X.X | Fecha de sentencia: Año XXXX Mes XXX Día

Documento presentado: Autorización judicial [ ] Certificado Médico [X] | Nombre y cargo del funcionario: GABRIEL ALEXANDER MENESES VARON

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos

RIVAS CANIZALEZ JOSE RICARDO

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

C.C. 93394476 de IBAGUE | Jose Rivas

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

**Fecha de inscripción**

Año 2026 Mes MAR Día 07

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.193.287.300**

**LLANOS RUBIO**

APELLIDOS

**INGRID BRIGITTE**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-2001**

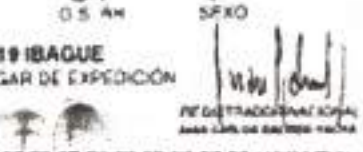
**CALI**
**(VALLE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**21-NOV-2019 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ANNA CARLINA GALVIS MEJIA



P-2600100-01114443-F-1193287300-20191121 [illegible] 8500062708

Sisbén

Fecha de consulta: 05/03/2026

Ficha: 73001038563600001289

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUIS EDUARDO**

Apellidos: **RUBIO VARON**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **14197198**

Municipio: **Ibagué**

Departamento: **Tolima**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/12/2019

Última actualización ciudadano: 16/12/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

## Contacto Oficina SISBEN


Nombre administrador: NELSON FERNANDO HURTADO ACOSTA

Dirección: Carrera 2 No 17 - 20 CAM GALARZA

Teléfonos:

Correo Electrónico: sisben@ibague.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 | 14197198 |
| NOMBRES | LUIS EDUARDO |
| APELLIDOS | RUBIO VARON |
| 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 | 17/03/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 03/06/2026 11:26:43 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual 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

Gmail Gladys Fabiola Castillo Gonzales <gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com>

# Fwd: Solicitud de apoyo para servicio funerario

**Despacho desarrollo desarrollo social** <desarrollosocial@ibague.gov.co> 6 de marzo de 2026 a las 12:24 p.m.
Para: gladysfabiolacastillogonzales@gmail.com

Buen día,

Reciba un cordial saludo desde la Administración Municipal, secretaria De Desarrollo Social Comunitario, mediante el presente me permito remitir información para su respectivo trámite.

Agradezco la atención al presente.

Cordialmente,

***Claudia Andrea Aristizábal***
**Despacho de Desarrollo Social Comunitario**
**Alcaldía de Ibagué**

---------- Forwarded message ---------
De: **Ingrid Brigitte Llanos Rubio** <brigitte2iu@gmail.com>
Date: vie, 6 mar 2026 a las 12:21
Subject: Solicitud de apoyo para servicio funerario
To: desarrollosocial@ibague.gov.co <desarrollosocial@ibague.gov.co>, <gladyscastillo0108@hotmail.com>

Respetados señores de la Alcaldía:

Cordial saludo.

Por medio del presente correo me permito remitir adjunta una carta de solicitud de apoyo funerario, con el fin de solicitar su amable colaboración ante la difícil situación que atraviesa mi familia debido al reciente fallecimiento de nuestro ser querido.

Agradezco de antemano la atención prestada a esta solicitud y cualquier apoyo que puedan brindarnos en este momento.

Anexo cédula de mi difunto abuelo.

Quedo atento(a) a cualquier información adicional que requieran.

Cordialmente,
Ingrid Brigitte Llanos Rubio cc 1193287300 y celular 3022349693

**2 archivos adjuntos**

**Solicitud de apoyo para servicio funerario.docx**
15K

**CedulaLuisEduardoRubio.docx**
1882K

| La Aurora Funerales y Capillas<br>Siempre hay un nuevo amanecer | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Valor Total de los Servicios Autorizados Hasta el 10 de marzo del 2026

| RELACIÓN TOTAL | | |
|---|---|---|
| **MES** | **CANTIDAD** | **VALOR TOTAL** |
| **DICIEMBRE** | 9 | $ 22.140.000 |
| **ENERO** | 13 | $ 31.980.000 |
| **FEBRERO** | 13 | $ 32.325.000 |
| **MARZO** | 4 | $ 9.840.000 |
| **VALOR TOTAL** | | $ 96.285.000 |

| | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# BENEFICIOS PRESTADOS POR SERVICIO

# SERVICIO PARA ADULTOS

## 1. Uso de Carroza Fúnebre:

Nuestras carrozas fúnebres fueron utilizadas para la prestación del servicio en las diferentes etapas de el mismo. Desde la recolección del cuerpo en el lugar donde ocurrió el fallecimiento, el traslado al laboratorio donde se realiza la preservación y finalmente las exequias: ceremonia y destino final.





## 2. Preservación:

Nuestro grupo de Tanatólogos, debidamente capacitados y certificados, fueron los encargados de realizar el procedimiento de Tanatopraxia o preservación del cuerpo en los lugares adecuados para tal fin (laboratorio); en el cual, se aplican los métodos para su higienización, conservación, embalsamiento, restauración, reconstrucción y cuidado estético de la persona fallecida.

- La Aurora Funerales y Capillas, cuenta con todos los elementos básicos para la preparación de los cuerpos y cumple con las medidas sanitarias y de protección para llevar a cabo estos procedimientos.



## 3. Cofre Fúnebre:

Hacemos uso de cofre fúnebre fabricado en madera y MDF para los cuales contamos con una gama de colores: Café, Miel o Caramelo. Fueron entregados a requerimiento de la alcaldía y en acuerdo con los familiares de los fallecidos.



## 4. Hábito:

En los casos que fue necesario, hicimos entrega de un Hábito; dispuesto para el arreglo y presentación del cuerpo.



## 5. Velación:

La velación se lleva a cabo en una de las Salas que disponemos en nuestra sede. Brindando un espacio idóneo, en el que los familiares y conocidos del ser querido, pueden despedirse.



## 6. Servicio de Cafetería:

Durante el tiempo de velación en la sala ubicada en nuestra sede, contamos con personal de cafetería, capacitado para brindar hidratación a los asistentes. Así mismo, en los casos de velación en casa, se otorga a la familia un Kit de Cafetería con lo pertinente para la preparación de las bebidas y su respectivo suministro.



## 7. Trámites Civiles y Eclesiásticos:

### a) Trámites Civiles:

En nuestro equipo de trabajo y dentro del servicio prestado, nos hacemos cargo de todas las diligencias civiles y notariales ha las que haya lugar, en lo correspondiente con los casos de fallecimiento, cumpliendo con los términos y tiempos establecidos para ello, según la ley.

### b) Trámites Eclesiásticos:

Al igual que en el punto anterior, dentro de los trámites pertinentes, también nos hacemos cargo de la coordinación en el ámbito eclesiástico. La coordinación y gestión documental requerida para la ceremonia; así como, el destino final de los fallecidos.

## 8. Cartel, Cinta y Arreglo Floral:

Como es debido en un servicio fúnebre y sin excepción; nuestro equipo de trabajo se encarga de la elaboración de los carteles impresos y digitales que contienen la información del fallecido y sus honras fúnebres en los tiempos coordinados; así mismo, se brinda la respectiva cinta que llevará la carroza con el nombre de la persona fallecida y un arreglo floral de tamaño mediano.

## 9. Servicio de Bus:

Cuando se ha requerido, hemos prestado el servicio de Bus con una capacidad de hasta 35 pasajeros y en el cual se realiza el acompañamiento desde el lugar de velación, posteriormente hacía la ceremonia religiosa y culminando en el destino final dispuesto para el descanso el ser querido.

## 10. Ceremonia Religiosa:

Se viene realizando ceremonia religiosa según lo indicado por la Alcaldía; momentos previos a la sepultura de cada una de las personas beneficiadas con el servicio Exequial.

## 11. Destino Final:

Siguiendo las instrucciones dadas por la Alcaldía, en cuanto al destino final, hemos venido prestando el servicio de Bóveda en arrendamiento en el **Cementerio San Bonifacio**.



# Servicio para Niños

En los casos de fallecimiento en menores de 10 años, La Aurora Funerales y Capillas ha venido prestando el servicio Exequial cumpliendo con las mismas etapas y beneficios brindados en un servicio para Adultos. Claramente, se diferencia de este en un elemento puntual como lo es el Cofré.

Para estos casos, utilizamos un cofre fúnebre fabricado en madera y MDF de color Blanco. Estos fueron entregados a requerimiento de la alcaldía y en acuerdo con los familiares de los fallecidos.



Igualmente y siguiendo las instrucciones dadas por la Alcaldía, en cuanto al destino final, se viene prestando el servicio de Bóveda en arrendamiento en el **Cementerio San Bonifacio**.

| | LA AURORA TOLIMA S.A.S.<br>NIT. 900.135.782-6 | | |
|---|---|---|---|
| | **CONTRATO N°** | **TITULO** | **FECHA** |
| | 3475 DEL 11 DE DICIEMBRE DE 2025 | INFORME I DE ACTIVIDADES | DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 10 DE MARZO 2026 |

# Servicio para Suministro de Osarios:

La Aurora Funerales y Capillas suministra cofre fúnebre fabricado en madera o MDF de color Café; brindamos un arreglo floral proporcional al cofre, el acompañamiento y traslado con carroza fúnebre y el Osario en el **Cementerio San Bonifacio**.

# Servicio para Exhumaciones:

Para los casos de Exhumación, luego de contar con la previa orden judicial y/o administrativa para los efectos funerarios y legales; se procede a coordinar y realizar la exhumación de los restos humanos y restos óseos, de las personas fallecidas, que posteriormente dispusimos en unas Urnas fabricadas en madera o MDF de color Café y con las cuales nos dirigimos a realizar la ubicación de los mismos en Osarios del **Cementerio San Bonifacio.**

# Beneficios Prestados a los Servicios con Protocolo COVID-19 Sospechosos o Positivos

## 1. Embalaje, desinfección y recolección del cuerpo:

En el sitio de fallecimiento, se ha venido realizando el embalaje y la desinfección del cuerpo como lo indican las entidades de salud departamentales y locales. Tiempo seguido se realiza la recolección.

## 2. Retiro y traslado del cuerpo:

Se realiza el retiro en el lugar del deceso y proseguimos al traslado desde dicho sitio con destino al parque crematorio donde se haya coordinado el destino final.

## 3. Cremación:

La disposición final en los servicios con protocolo covid-19 debe ser cremación; y ya que el cementerio central no recibe fallecidos que estén bajo dicho protocolo, la cremación se está llevando a cabo en el parque Cementerio Crematorio los Olivos y en el crematorio La Aurora, relacionados a continuación.

- **CREMATORIO LA AURORA**



- **CREMATORIO LOS OLIVOS**



4. **Urna para las cenizas:**

Una vez realizada la cremación, se hace entrega de las cenizas a la familia en la respectiva urna cenizaria con un homenaje en sala.



# OTRAS DISPOSICIONES:

**1.** El proponente deberá certificar por escrito que cuenta con disponibilidad de atención durante la 24 hora del día, todos los días de la semana, incluyendo festivos.

- Funerales La Aurora certifica por escrito la disponibilidad de atención las 24 horas del día, todos los días de la semana, incluyendo festivos y el original se encuentra en la carpeta correspondiente.

**2.** El contratista se obliga a cumplir a cabalidad con lo estipulado en el Decreto N° 1069 del 29 de Diciembre de 2006, por medio del cual se expide el código de ética de la administración central municipal de Ibagué, el cual en su artículo 18 reza “todo contratista o persona vinculado independiente del tiempo de vinculación con la administración deberá cumplir en todos los aspectos el presente código ética, el cual manifiesta por escrito al momento de vinculación como compromiso ineludible; requerimiento que hará parte de la minuta del presente contrato al suscribir.

- Funerales La Aurora viene cumpliendo con la obligación del código de Ética y suscribió acta de compromiso al inicio del contrato, el original se encuentra en la carpeta correspondiente.

**3.** El contratista se compromete a dar cumpliendo de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, institución colombiana de bienestar familiar y servicio nacional de aprendizaje cuando a ello haya lugar, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

- Funerales la Aurora viene cumpliendo con las obligaciones del sistema general de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de Compensación familiar, ICBF y servicio nacional de aprendizaje para lo cual se adjunta la certificación del contador.