UNIÓN TEMPORAL
ADULTO
MAYOR
2025

ANEXO 2

PRIMER INFORME

Dirección: Calle 36 # 33 – 27 Oficina 201 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 323 4046
Villavicencio - Meta

Villavicencio, 24 de octubre de 2025

Señora
Martha Sofía Bueno Herrera
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025
NIT. 901.999.838-0
Ciudad

Asunto: Autorización para cambio de personal ofertado – Contrato N.º 2121 de 2025

Respetados señores:

En mi calidad de Supervisora del Contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto es "GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y una vez revisada la solicitud presentada por el contratista, relacionada con el cambio de personal inicialmente ofertado en el marco del Proceso de Contratación de Régimen Especial N°GCSJ-RE-2121-2025, me permito manifestar lo siguiente:

Analizada la justificación expuesta y verificadas las hojas de vida del personal propuesto como reemplazo, esta Supervisión constata que los perfiles cumplen con los requisitos exigidos en los estudios previos, términos del proceso contractual y propuesta presentada, sin que se evidencie desmejora en las condiciones técnicas ni profesionales del personal inicialmente ofertado.

En consecuencia, se AUTORIZA el cambio de personal solicitado, el cual podrá vincularse para la ejecución del contrato a partir de la fecha, debiendo el contratista garantizar el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales y la adecuada prestación del servicio.

La presente autorización se emite para los fines pertinentes y deberá hacer parte integral del expediente contractual.

Atentamente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Contrato N°2121 de 2025
Secretaría Social – Gobernación del Meta

669

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Villavicencio, Octubre 24 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal ofertado para ejecución del Contrato 2121 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto consiste en *"GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal ofertado en el Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Psicólogo	Maira Marcela Rojas Cortes	Psicólogo	Lina María Ternera Mora	Psicólogo
Psicólogo	Aura Cristina Calvo Castillo	Psicólogo	Karen Daniela Delgado Cardozo	Psicólogo
Psicólogo	Angelica Guerra Upegui	Psicólogo	Juan Sebastián Mendoza Salazar	Psicólogo
Instructor de Manualidades	Gloria María Ospina Prada	Gestión Participación Social en Salud	Laura Emma Reyes Romero	Formación y Atención a la Primera Infancia
Instructor de Manualidades	Dennisys Paola Acevedo Riveros	Licenciado en Educación Pre-Escolar	Ana Ruby Espinosa Gómez	Auxiliar en Servicios Farmacéuticos
Instructor de Manualidades	Sandra Liliana Rey Jiménez	Asistente en Servicio Social y Comunitario	Mayra Alejandra Sanabria Merchán	Gestión Participación Social en Salud
Educador Físico	Javier Hernán Romero Camelo	Técnico en Formación y Administración Deportiva	William Alexander Alfaro Diaz	Licenciado en Educación Física y Deportes
Educador Físico	Wilson Leonardo López Verdugo	Licenciado en Educación Física y Deportes	Miguel Ángel Ruiz González	Licenciado en Educación Física y Deportes
Educador Físico	Leidy Lorena Ladino Torres	Técnico en Entrenamiento y Táctica Deportiva	Nicolas Alvarado Herrera	Técnico en Entrenamiento y Táctica Deportiva
Educador Físico	Jeffrey Andrés Mahecha Velásquez	Licenciado en Educación Física y Deportes	Jersson de Jesús Estrada Ladino	Licenciado en Educación Física y Deporte

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Auxiliar de Enfermería	Edhy Acevedo Lustosa	Auxiliar en Enfermería	Adry Alejandra García	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Edhy Acevedo Lustosa	Auxiliar en Enfermería	Yolanda Sarmiento Palacios	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Luz Inelda Santana Salamanca	Auxiliar en Enfermería	María Indira Caro Pérez	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Luz Angela Jiménez Cuellar	Auxiliar en Enfermería	Luz Dary González Rendón	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	María José Pinzón Puentes	Auxiliar en Enfermería	Sandy Johanna Morales Carrillo	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Deissy Mayerly Mora Monrroy	Auxiliar en Enfermería	Paola Andrea Caicedo Avendaño	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Syrlenny Rivera Bernal	Auxiliar en Enfermería	Janeth Alejandra Bustamante Reyes	Auxiliar en Enfermería
Auxiliar de Enfermería	Laura Daniela Rentería Guzmán	Auxiliar en Enfermería	Lany Ildira Quijano Vaca	Auxiliar en Enfermería
Manipulador de Alimentos	Karen Lizeth González Tarquino	Bachiller	Martha Yubelly Diaz	Bachiller
Manipulador de Alimentos	María Angelica Rojas Diaz	Bachiller	Gloria Alicia Ortiz Rivera	Bachiller
Manipulador de Alimentos	Sirleny Ospina Blandón	Bachiller	Helen Hernández Llano	Bachiller
Manipulador de Alimentos	Luz Nelly Arias Vargas	Bachiller	Lisseth Ester Meriño Ariza	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Emérita García Rodríguez	Bachiller	Juan David Bolívar Garzón	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Martha Yubelly Diaz	Bachiller	Luzdari Diaz Torres	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Angie Paola Guerrero Romero	Bachiller	Jackeline Rojas Cala	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Nydia Stella Guarín Bernal	Bachiller	Jessica Tatiana Ramírez Barrero	Bachiller
Auxiliar de Aseo	María Elda Velásquez Rua	Bachiller	Adamo Mendoza Oviedo	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Luisa Fernanda Ramirez Giraldo	Bachiller	Camila Alejandra Camelo Espitia	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Leonor Cecilia Salas Medina	Bachiller	Lina Maricela Galindo Bastos	Bachiller
Auxiliar de Aseo	Arelis Echevez Sánchez	Bachiller	Yanis Esther Alcazar Urina	Bachiller

La solicitud de cambio del personal se hace necesaria dado que las personas mencionadas manifiestan ya no estar disponibles para el inicio de la ejecución del contrato N°2121 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Adjunto en CD presento las hojas de vida del personal del cual se solicita autorización para reemplazar el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor 2025
NIT. 901.999.838-0
Cel. 3133234046 - e-mail: corporaciondelupia@gmail.com

672

Villavicencio, 10 de noviembre de 2025

Señora
Martha Sofía Bueno Herrera
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025
NIT. 901.999.838-0
Ciudad

Asunto: Autorización para cambio de personal ofertado – Contrato N.º 2121 de 2025

Respetados señores:

En mi calidad de Supervisora del Contrato N° 2121 de 2025, cuyo objeto es "GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y una vez revisada la solicitud presentada por el contratista, relacionada con el cambio de personal inicialmente ofertado en el marco del Proceso de Contratación de Régimen Especial N°GCSJ-RE-2121-2025, me permito manifestar lo siguiente:

Analizada la justificación expuesta y verificada la hoja de vida de la manipuladora de alimentos propuesta como reemplazo, esta Supervisión constata que el perfil cumple con los requisitos exigidos en los estudios previos, términos del proceso contractual y propuesta presentada, sin que se evidencie desmejora en las condiciones técnicas del personal inicialmente ofertado.

En consecuencia, se AUTORIZA el cambio de personal solicitado, el cual podrá vincularse para la ejecución del contrato a partir de la fecha, debiendo el contratista garantizar el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales y la adecuada prestación del servicio.

La presente autorización se emite para los fines pertinentes y deberá hacer parte integral del expediente contractual.

Atentamente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Contrato N°2121 de 2025
Secretaría Social – Gobernación del Meta

673

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Villavicencio, Noviembre 10 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal ofertado para ejecución del Contrato 2121 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto consiste en *"GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal ofertado en el Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Manipulador de Alimentos	Claudia Patricia Gutiérrez	Bachiller	Magaly Rodríguez Vargas	Bachiller

La solicitud de cambio de la manipuladora de alimentos se hace necesaria dado que la señora mencionada manifiesta no poder continuar con sus funciones asignadas en la ejecución del contrato N°2121 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

Adjunto en CD presento la hoja de vida de la persona de la cual se solicita autorización para reemplazar el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor 2025
NIT. 901.999.838-0
Cel. 3133234046 - e-mail: corporaciondelupia@gmail.com

674

Villavicencio, 14 de noviembre de 2025

Señora
Martha Sofía Bueno Herrera
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025
NIT. 901.999.838-0
Ciudad

Asunto: Autorización para cambio de personal ofertado – Contrato N.º 2121 de 2025

Respetados señores:

En mi calidad de Supervisora del Contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto es "GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y una vez revisada la solicitud presentada por el contratista, relacionada con el cambio de personal inicialmente ofertado en el marco del Proceso de Contratación de Régimen Especial N°GCSJ-RE-2121-2025, me permito manifestar lo siguiente:

Analizada la justificación expuesta y verificadas las hojas de vida del personal propuesto como reemplazo, esta Supervisión constata que los perfiles cumplen con los requisitos exigidos en los estudios previos, términos del proceso contractual y propuesta presentada, sin que se evidencie desmejora en las condiciones técnicas ni profesionales del personal inicialmente ofertado.

En consecuencia, se AUTORIZA el cambio de personal solicitado, el cual podrá vincularse para la ejecución del contrato a partir de la fecha, debiendo el contratista garantizar el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales y la adecuada prestación del servicio.

La presente autorización se emite para los fines pertinentes y deberá hacer parte integral del expediente contractual.

Atentamente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Contrato N°2121 de 2025
Secretaría Social – Gobernación del Meta

175

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Villavicencio, Noviembre 14 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal del Contrato 2121 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto consiste en *"GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal como se relaciona a continuación:

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Psicólogo	Lina María Ternera Mora	Psicólogo	Sara Stephanie Zabala Baquero	Psicólogo
Educador Físico	Daniel Eduardo Albarracín Silva	Licenciado en Educación Física y Deportes	Pedro Andrey Tarazona Carreño	Licenciado en Educación Física y Deportes
Auxiliar de Enfermería	Janeth Alejandra Bustamante Reyes	Auxiliar en Enfermería	Lix Bibiana Duque García	Auxiliar en Enfermería

La solicitud de cambio del personal se hace necesaria dado que las personas mencionadas manifiestan no poder continuar con sus funciones asignadas en la ejecución del contrato N°2121 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

Adjunto en CD presento las hojas de vida de las personas de las cuales se solicita autorización para reemplazar el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor 2025
NIT. 901.999.838-0

Villavicencio, 21 de noviembre de 2025

Señora
Martha Sofía Bueno Herrera
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025
NIT. 901.999.838-0
Ciudad

Asunto: Autorización para cambio de personal ofertado – Contrato N.º 2121 de 2025

Respetados señores:

En mi calidad de Supervisora del Contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto es "GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y una vez revisada la solicitud presentada por el contratista, relacionada con el cambio de personal, me permito manifestar lo siguiente:

Analizada la justificación expuesta y verificada la hoja de vida de la manipuladora de alimentos propuesta como reemplazo, esta Supervisión constata que el perfil cumple con los requisitos exigidos en los estudios previos, términos del proceso contractual y propuesta presentada, sin que se evidencie desmejora en las condiciones técnicas del personal inicialmente ofertado.

En consecuencia, se AUTORIZA el cambio de personal solicitado, el cual podrá vincularse para la ejecución del contrato a partir de la fecha requerida, debiendo el contratista garantizar el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales y la adecuada prestación del servicio.

La presente autorización se emite para los fines pertinentes y deberá hacer parte integral del expediente contractual.

Atentamente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Contrato N°2121 de 2025
Secretaría Social – Gobernación del Meta

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Villavicencio, Noviembre 21 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal del Contrato 2121 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto consiste en *"GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal como se relaciona a continuación:

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Manipulador de Alimentos	Magaly Rodríguez Vargas	Bachiller	Marisol Dulcey Samaca	Bachiller

La solicitud de cambio de la manipuladora de alimentos se hace necesaria dado que la señora mencionada manifiesta no poder continuar con sus funciones asignadas en la ejecución del contrato N°2121 de 2025, por motivos personales y prestaría sus servicios hasta el 22 de noviembre; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

Adjunto en CD presento la hoja de vida de la persona de la cual se solicita autorización para reemplazar el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor 2025
NIT. 901.999.838-0
Cel. 3133234046 - e-mail: corporaciondelupia@gmail.com

678

Villavicencio, 25 de noviembre de 2025

Señora
Martha Sofía Bueno Herrera
Representante Legal
UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025
NIT. 901.999.838-0
Ciudad

Asunto: Autorización para cambio de personal ofertado – Contrato N.º 2121 de 2025

Respetados señores:

En mi calidad de Supervisora del Contrato N°2121 de 2025, cuyo objeto es "GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y una vez revisada la solicitud presentada por el contratista, relacionada con el cambio de personal inicialmente ofertado en el marco del Proceso de Contratación de Régimen Especial N°GCSJ-RE-2121-2025, me permito manifestar lo siguiente:

Analizada la justificación expuesta y verificada la hoja de vida de la manipuladora de alimentos propuesta como reemplazo, esta Supervisión constata que el perfil cumple con los requisitos exigidos en los estudios previos, términos del proceso contractual y propuesta presentada, sin que se evidencie desmejora en las condiciones técnicas del personal inicialmente ofertado.

En consecuencia, se AUTORIZA el cambio de personal solicitado, el cual podrá vincularse para la ejecución del contrato a partir de la fecha, debiendo el contratista garantizar el cumplimiento integral de las obligaciones contractuales y la adecuada prestación del servicio.

La presente autorización se emite para los fines pertinentes y deberá hacer parte integral del expediente contractual.

Atentamente,

CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Contrato N°2121 de 2025
Secretaría Social – Gobernación del Meta

679

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

Villavicencio, Noviembre 25 de 2025

Doctora,
CARMEN LEONOR CUBILLOS ROJAS
Gerente de Adulto Mayor
Supervisora Designada
Villavicencio

Asunto: Solicitud autorización cambio de personal ofertado para ejecución del Contrato 2121 de 2025.

Cordial saludo,

En cumplimiento a las actividades pactadas a través del contrato Nº2121 de 2025, cuyo objeto consiste en *"GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO SOCIAL MEDIANTE MODALIDAD CENTRO VIDA EN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL META"*, me permito solicitar autorización para realizar cambio de personal ofertado en el Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

CARGO	PERSONAL OFERTADO EN PROPUESTA	PERFIL	PERSONAL A AUTORIZAR.	PERFIL
Manipulador de Alimentos	María Leonor Rodríguez Gómez	Bachiller	Laura Marcela Castañeda Angarita	Bachiller

La solicitud de cambio de la manipuladora de alimentos se hace necesaria dado que la señora mencionada manifiesta no poder continuar con sus funciones asignadas en la ejecución del contrato Nº2121 de 2025, por motivos personales; situación que genera la necesidad de solicitar autorización para el cambio del personal antes mencionado.

El perfil del personal solicitado para cambio no desmejora el perfil presentado inicialmente en la propuesta del Proceso de Contratación Régimen Especial GCSJ-RE-2121-2025.

Adjunto en CD presento la hoja de vida de la persona de la cual se solicita autorización para reemplazar el ofertado, para su correspondiente validación.

Quedo en espera de una pronta respuesta dada la urgencia de la información antes requerida para el desarrollo de las actividades contratadas.

Cordialmente,

MARTHA SOFIA BUENO HERRERA
C.C 39.637.175
Representante Legal Unión Temporal Adulto Mayor 2025
NIT. 901.999.838-0
Cel. 3133234046 - e-mail: corporaciondelupia@gmail.com

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

ANEXO 3
PRIMER INFORME

Dirección: Calle 36 # 33 – 27 Oficina 201 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 323 4046
Villavicencio - Meta

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO
MAYOR
2025

INSCRIPCIONES CENTRO VIDA SAN JOSÉ

Dirección: Calle 36 # 33 – 27 Oficina 201 Barzal Bajo
Correo: corporaciondelupia@gmail.com Cel. 313 323 4046
Villavicencio - Meta

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

Fecha: Día 24 | Mes 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Elisa Turriago Villabona						
Fecha y lugar de nacimiento:	11 octubre 1964 Tamesis Cundinamarca						
Edad:	61	**Identificación:** X CC TI RC TE CE PP	**Número:** 30082353				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							

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

Dirección:	Cll 37B - 38-41				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3219097245

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma.



Firma del adulto mayor

Nombre: Ana Elisa Turmayo Villalobos

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

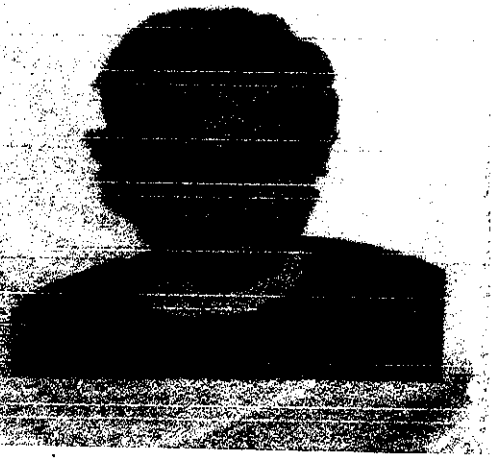
Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.082.353
TURRIAGO VILLALOBOS
APELLIDOS
ANA ELISA
NOMBRES

NO FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-1964
FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAY-1987 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00253074-F-0030082353-20100830 0023608239A 1 7230919861

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

68

Registro válido

Fecha de consulta: 10/11/2025

Ficha: 50001033644900000094

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA ELISA

Apellidos: TURRIAGO VILLALOBOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30082353

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/11/2019

Última actualización ciudadano: 25/11/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

68

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	30082353
NOMBRES	ANA ELISA
APELLIDOS	TURRIAGO VILLALOBOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	09/08/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 13:35:39	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Pastora

Acueducto y Alcantarillado
vicencio EAAV - E.S.P.

NIT. 892.280.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	009018
FACTURA No.	33340101
PERIODO FACTURADO	18-03-2025 - 14-04-2025

FACTURAS VENCIDAS: 0

FECHA DE IMPRESIÓN: 2025-05-02T11:20:23
2025-05-02T07:55:38

DATOS DEL SUSCRIPTOR

VELEZANO RAMOS MARIA DEL CARMEN
22222222222
C 37B 38 37 41
SAN JOSE
ZA - 10409

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1	ACTIVO	16-05-2025

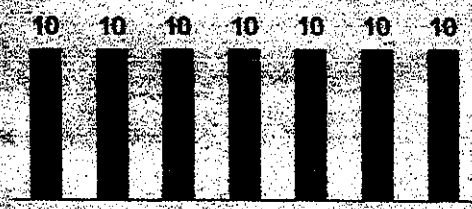
DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
05	0502 0502226000000 ORDEN 273			

INFORMACION DE CONSUMO

PROMEDIO: 10

SIN MEDIDOR



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO M³	ALCANTARILLADO
		10	10

LIQUIDACION DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	10	2.920,14	29.201,40	19.272,92	0	9.928,48
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					24.307,17	0	12.521,88
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	10	2.905,78	29.057,80	19.178,15	0	9.879,65
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				35.487,38	23.421,67	0	12.065,71
TOTAL MES				72.316,43	47.728,84	0	24.587,59

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	,1,46
(-) Deducción x Inversiones ACU R287	-1.399,05
MENOS TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.399,05
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	1,46

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACION DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.593,40	Cargo fijo AL	2.186,06
Consumo Básico AC	992,85	Consumo Básico AL	987,57
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT9750078

pague a tiempo

PAGUE HASTA
14-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
23.190

Socios Autoretenedores Res DIAN 0572002

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

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

CUFE: e1f0d2d78a61639ae7c65d58a0499ae28058d0e7d162c3a7284e0e2995b525124e35363d7abb3c32fa97cafcd83ed4f

Realiza tus trámites sin salir de casa
• PQRS
• Información general
• Reporte de daños y reparación de emergencias técnicas
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

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

www.eaav.gov.co

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
009018
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33340101

(415)7709999000414(8020)33340101(3900)0000023190(96)20250514

PAGUE HASTA
14-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
23.190

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

Fecha:	24	10	2025	Centro Vida:	San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Beatriz Jimenez Gorzon
Fecha y lugar de nacimiento:	16 Marzo 1950 - Ataco Tolima.
Edad: 75	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 28711735

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Salud total
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Calle 37D-27D -12				
Municipio:		**Estrato:**	1	**Barrio:**	La Isla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3124982248

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

Ana Beatriz Jara

Firma del adulto mayor

Nombre: _____

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.711.735
J.IMENEZ GARZON
APELLIDOS
ANA BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-1950
ATACO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

14-OCT-1971 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00130605-F-0028711735-20081122 0006676507A 2 6750009006

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001092648100000680

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA BEATRIZ

Apellidos: JIMENEZ GARZON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28711735

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/11/2019

Última actualización ciudadano: 13/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	28711735
NOMBRES	ANA BEATRIZ
APELLIDOS	JIMENEZ GARZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:05:52	**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".

69

CÓDIGO DEL

20756338[illegible]

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-11 10:55 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-11 10:59 | CUDE |

Suscriptor: ROSA RINCON DE GUTIERREZ

Dirección: CL 37D 27B 12 COLINA BRR LA ISLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 22412
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 22467
Anomalia 0

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

DETALLE DEL DOCUMENTO

Liquidación del consumo de energía
$ 1 (Valor kWh con SUBSI

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)
Valor porcentaje de SUBSIDIO
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS
Intereses
Aporte a la Decena

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No. DES4650865

Ultimo Pago: 525290 22-09-25
Periodo Facturado: 09-SEP-2025 08-OCT-2025

VALOR OTROS

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050354158	

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	12-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE		CODIGO CIIU		ESTADO DEL PREDIO	

Circuito

COD. Transformador	VI0213	(HC) Horas Compensadas	
Grupo de calidad	VI1135	(VC) Veces a compensar	0
(D/U) Duración en horas de interrupciones	1,5	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(FIU) Número total de interrupciones	2,917	(%S) Porcentaje de descuento del cargo	44
(D/UG) Meta por duración	12	(D) Cargo de Distribución	20
	21,94	(FIUG) Meta por Frecuencia	198,75
V/r a Compensar $	0		20

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313,58	Otros costos asociados al mercado de energía		58,66
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51,66	Costo de comercialización	C $	36,1
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (Monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					177,93
Intereses moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

POR CONCEPTOS DE ENERGÍA

Detalle Periodo

Concepto	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE FACTURACIÓN

20-OCT-2025	21-OCT-2025

Juicio AP Acuerdo 5151 de 21

EDWIN DAVID GUZMAN RODRIGUEZ

69

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

Fecha: 24 | MAR | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Blanca Cecilia Sanchez Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	08 Marzo 1952 Villavicencio
Edad: 73	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40 378 037

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Coja cap 1
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	No		

Dirección:	Cra 40 - 37 Bis				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3125081082

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Yohana Valencia
Relacion con el adulto mayor:	hija
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 312 508 10 89	**Correo:** "

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

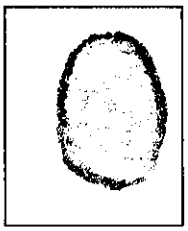
NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Blanca cecilia Sanchez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo AUX ENFERMO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.376.031
SANCHEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
BLANCA CECILIA
NOMBRES



Blanca
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1952
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-OCT-1984 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00275860-F-0040378031-20110105 0025429056H 2 34847222

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

694

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001106655300000015

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA CECILIA

Apellidos: SANCHEZ RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40378031

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

695

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	40378031
NOMBRES	BLANCA CECILIA
APELLIDOS	SANCHEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/12/2004	31/07/2013	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:52:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

356051318

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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:00 | CUDE |

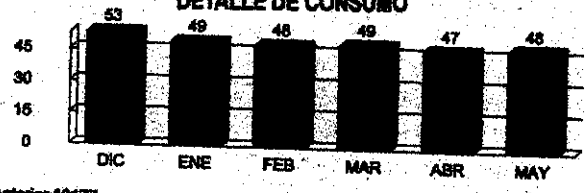
d9be6228283e9001403c6ae89205e9eb71638679900d48c2c8c7db736e888a1e2f7240799d8213aaf7b0a7c658b61

Suscriptor: **ANA MARIA TELLEZ DE CHACON**

Dirección: **CR 40 37A BIS 16 AP 2 BRR SAN JOSE**

Ciudad: **Villavicencio**

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 10177
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 10225
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 60
Documento No.: DES2834729
Facturas Atrasadas :0

Último Pago: $23870 28-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112300613

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071060741	1

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

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

Indicadores de calidad

CAD.Circuito	VI0213	(EIC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1424	(NC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	T3	(CEC) Consumo estimado a compensar	49
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(Cd) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
		V/r a Compensar $ 0	

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G$	303.41	Pérdidas reconocidas	PR$	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T$	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O$	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D$	269.61	Costo de comercialización	C$	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					882.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

Liquidación del consumo de energía:
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 48 (Consumo en kWh) $23,612

VALOR NETO:	$42,376
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	$-18,764
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$23,612
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$848
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$848

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA

Detalle Portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a Pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$24,460

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID [illegible] OCHOQUEZ
PRESIDENTE (E)

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit 892.002.210-6, SVDE-EMSA

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

Fecha: 24 | NOV | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carmen leonilde Godiño
Fecha y lugar de nacimiento:	22-enero 1957 Orocue. Casanare.

Edad: 68 **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21 180 381

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

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

Dirección:	Cra 42-390 -06				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3224007240

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Carmen Leonilde Gudiño

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

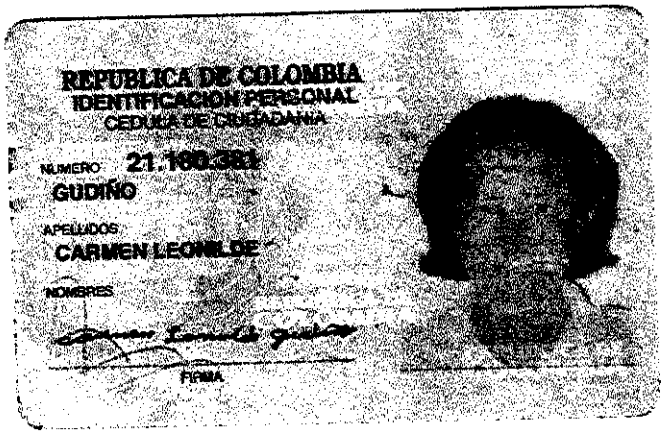


Santa Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Santa Reyes

Cargo Aux Enfermeria.



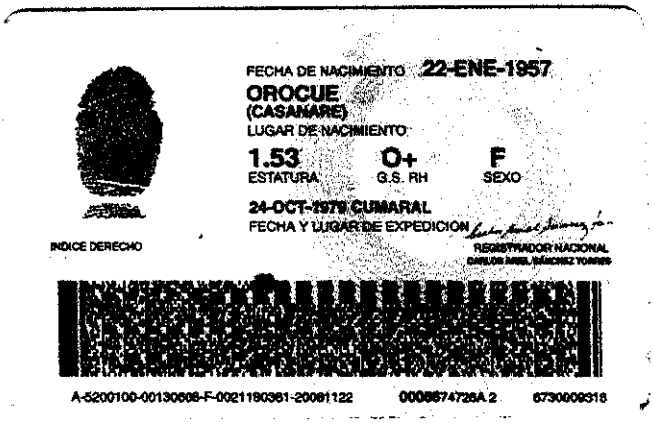
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.180.381

APELLIDOS
GUDIÑO

NOMBRES
CARMEN LEONILDE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1957
OROCUE
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
24-OCT-1979 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-5200100-00130608-F-0021180381-20081122 0008674726A 2 6730008318

699

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 24/10/2025 B3

Ficha: 50001098655700000055

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARMEN LEONILDE

Apellidos: GUDIÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21180381

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/10/2022

Última actualización ciudadano: 23/10/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

700

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	21180381
NOMBRES	CARMEN LEONILDE
APELLIDOS	GUDIÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	24/10/2025 11:55:40	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".

10552

701

7229 1/1

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115
(SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615
Línea emergencia 24 Horas 316 027 8035

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

208841709

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

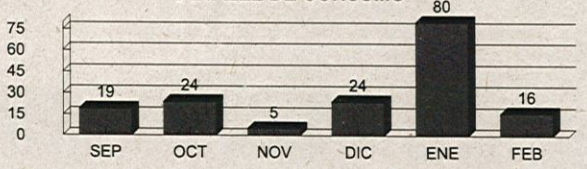
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-02-10 17:15	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-02-10 17:20	CUDE	e820cd92a722be223f300d687be7348fb1bb16aa1f68c8395272a4ed0a8cc2245b376b0a0e93f83960416f24cb150895

Suscriptor: **CARMEN GUDINO**

Dirección: CR 42 39B 06 MZ 30 CS 06 BRR LIBERTADORES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 10626
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 10642
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 27
Documento No.: DES1430146
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $39650 17-01-25
Periodo Facturado: 10-01-2025/07-02-2025
Ruta: 21-2112404280

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
479.35 (Valor kWh con SUBS) x 16 (Consumo en kWh)	$7,670
VALOR NETO:	$15,020
Porcentaje de SUBSIDIO (49%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-7,351
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$7,669
Impuesto AP	$300
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$300
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$7,970

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071064185	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-FEB-2025 05:02

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT1427	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	24
(DIU) Duración en horas de interrupciones	1.552	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	11	(Dt) Cargo de Distribución	198.28
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	404.27	Perdidas reconocidas	PR $	72.74
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.03	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.42
Transporte en el sistema de distribución local	D $	249.01	Costo de comercialización	C $	144.32
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					938.79
					938.79

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

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
21-FEB-2025	22-FEB-2025	$7,970

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-01-2025/07-02-2025	Ruta: 21-2112404280	208841709	21-FEB-2025	$7,970

(415)7709998002449(8020)0208841709(3900)0000007970

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

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

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

Impreso por deceval S.A.S. NIT. 860.028.580-2 29218

702

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025	FORMATO ACTAS DE REUNIÓN CONTRATO 2121 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025 NIT. 901.999.838-0	

Fecha: 27-10-25.	Centro Vida: San. José.
Hora de inicio: 10:00am	Hora de Terminación: 11:00am
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Carmen Leonilde Godoy	Beneficiario
2. Liz. Brito H.	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR:

Identificación de riesgos y Condición de Vulnerabilidad del Adulto Mayor Postulado.

DESARROLLO: Se identifica que la Señora Convive Con una Persona de la tercera Edad. quien no tiene vinculo Cercano, es quien le Colabora para la Cancelación de los Servicios

Cuenta Con diagnostico de Osteoporosis e hipertensión. refiere cercania Con sus hijos pero en el momento no le pueden Colaborar económicamente. tiene disminución de su capacidad Auditiva y Visual.

Se evidencia Signos de Pobreza.

COMPROMISOS:

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Liz Adriana Brito H.	FIRMA O HUELLA:
NOMBRE: Liz Adriana Brito H.	NOMBRE: Carmen Leonilde Godoy
IDENTIFICACION: 1121847322.	IDENTIFICACION: 21,580 381
CARGO: Psicologa	

Powered by CamScanner

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carlos Enrique Castro						
Fecha y lugar de nacimiento:	01 Agosto 1941 Villavicencio Meta						
Edad:	84	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**	7337083				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							

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

Dirección:	Calle 39-39-41 Colinas				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3219097244

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

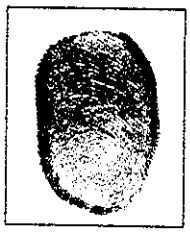
No Firma.

Firma del adulto mayor

Nombre: Carlos Enrique Castro

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

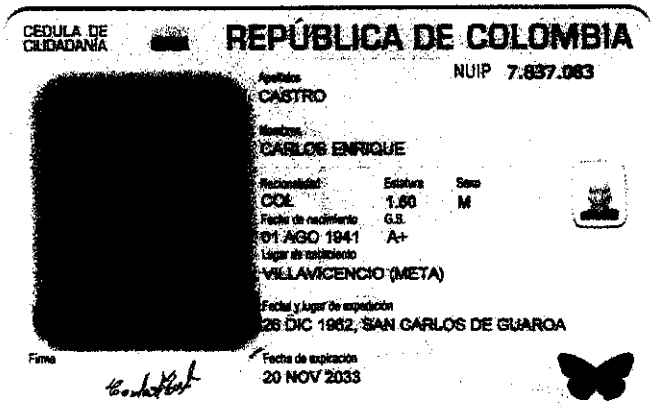


Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria.



CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 7.837.083

Apellidos
CASTRO

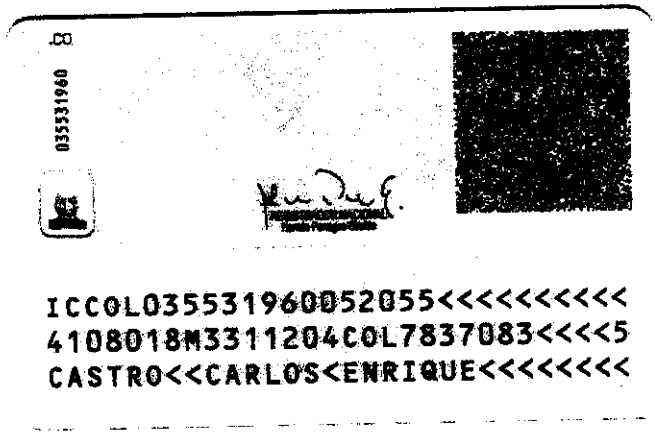
Nombres
CARLOS ENRIQUE

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.60
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 01 AGO 1941
G.S.: A+
Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
26 DIC 1962, SAN CARLOS DE GUAROA

Firma

Fecha de expiración
20 NOV 2033



.CO

0355319600

ICCOL0355319600052055<<<<<<<<<<
4108018M3311204COL7837083<<<<5
CASTRO<<CARLOS<ENRIQUE<<<<<<<<

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500010941460100009276

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ENRIQUE

Apellidos: CASTRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7837083

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/05/2022

Última actualización ciudadano: 04/05/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

706

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	**7837083**
NOMBRES	CARLOS ENRIQUE
APELLIDOS	**CASTRO**
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	**META**
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	24/10/2025 11:56:48	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

CÓDIGO USUARIO	008690
FACTURA No.	31616283
PERIODO FACTURADO:	18-04-2024 - 17-05-2024

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE EMISION
500010012000000380003500000001	0	04-06-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR

MURILLO RODRIGUEZ BLANCA
C 39 39 41
LAS COLINAS ZA - 10051

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSION
RESIDENCIAL	1		17-06-2024

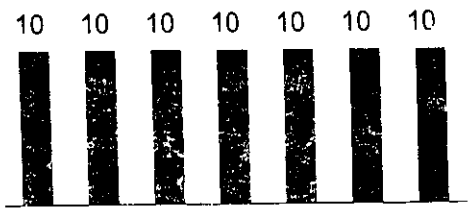
DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. MEDIDOR	PRECINTO No.
05	0501 ORDEN 050159300000 320			

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 10

NOVEDAD LECTURA: SIN MEDIDOR



LECTURA ANTERIOR							10
LECTURA ACTUAL							10

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO FACTURADO

DESCRIPCIÓN		CANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS CONTRIB.	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO							
Cargo Fijo		1	7.379,69	7.379,69	4.870,60	0	2.509,09
Consumo Basico	0 - 16	10	2.825,37	28.253,70	18.647,44	0	9.606,26
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.825,37	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.825,37	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO				35.633,39	23.518,04	0	12.115,35
ALCANTARILLADO							
Cargo Fijo		1	6.220,57	6.220,57	4.105,53	0	2.114,99
Consumo Basico	0 - 16	10	2.816,47	28.164,70	18.588,70	0	9.576,00
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.816,47	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.816,47	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				34.385,27	22.694,28	0	11.690,99
TOTAL MES				70.018,66	46.212,32	0	23.806,34

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-,99
(-) Devolución x Inversiones ACU R267	-12.115,35
SUB TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-12.115,35
	-,99
	0
CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN TASA DE INTERES

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

Tasa de interés corriente por mora aplicable a los usuarios clasificados en el sector residencial

SERVICIOS	Tarifa por m^3
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,64
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 156,55

pague a tiempo

FECHA LÍMITE DE PAGO
13-JUN-2024

TOTAL A PAGAR
11.690

ALBA CRISTINA FLOREZ MEDINA
GERENTE GENERAL

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

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

Realiza tus trámites sin salir de casa
PQRS
Información general
Reporte de daños y solicitudes de contenido técnico
línea de atención
PAGO DE FACTURA

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
008690

FACTURA No.
31616283

(415)7709998000414(8020)31 16283(3900)0000011690(96)20240613

13-JUN-2024 11.690

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Dario Grajales
Fecha y lugar de nacimiento:	18 Oct 1939 Risaralda (caldas)

Edad: 86 **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 6375 758

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

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

Dirección:	Cl 37 c 40-15				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3219097244

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

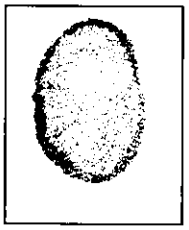
No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Dario Grajales

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.375.758

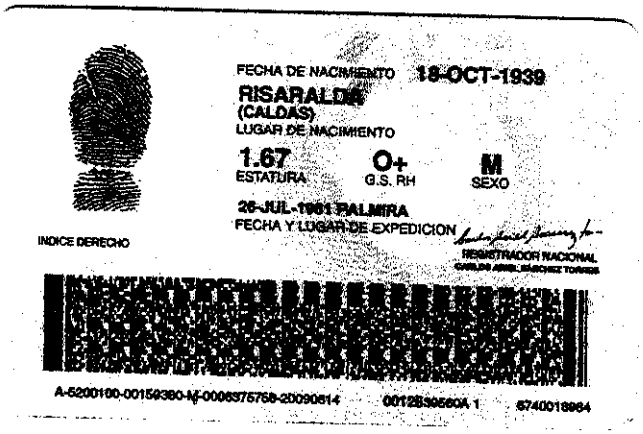
GRAJALES

APELLIDOS

DARIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1939

RISARALDA (CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

26-JUL-1961 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5200100-00150360-M-0006375758-20090614 0012839560A 1 5740018964

719

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Ficha: 17088003503700000433

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DARIO

Apellidos: GRAJALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6375758

Municipio: Belalcázar

Departamento: Caldas

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/08/2025

Última actualización ciudadano: 06/08/2025

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: OLIVIA TORRES GIRALI

Dirección: Calle 15 No 4 -

Teléfono: 3217738018 - 32173472

Correo Electrónico: sisben@belalcazar-caldas.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
- ICETEX
- 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

712

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	**6375758**
NOMBRES	DARIO
APELLIDOS	**GRAJALES**
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	**META**
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	24/10/2025 11:57:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Calle 37A 45-83 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000518615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

Documento equivalente electrónico • Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com.co

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206755121

712

6186 1/1

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

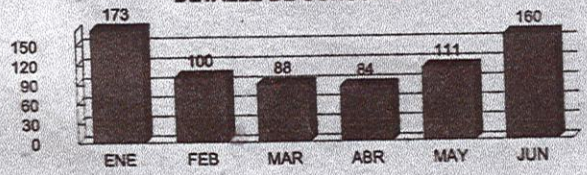
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-11 13:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-11 13:55 | CUDE | f0dc8df3d0cb8dac605d1e52e04f4d4bfc3d48de49c2a2cff8ea5e05e7a83da5657344f27c068c0e931a6127739f227

Suscriptor: DARIO GRAJALES

Dirección: CL 37C 40 15 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



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

Lectura Actual 73271
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 495.16 (Valor kWh con SUBS) x 160 (Consumo en kWh)	$79,226
VALOR NETO:	$137,435
Porcentaje de SUBSIDIO (42%)	$-58,210
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$79,225
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$2,749
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$2,754

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 121
Documento No.: DES3048296
Facturas Atrasadas :0

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

Información técnica

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

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	11-JUN-2025 03:06				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1650	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	84
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.976	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	13	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $81,980

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

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

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 0147 DE DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

713

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

Fecha:	24	MO	2025	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Dumar Ismael Diaz Zabens						
Fecha y lugar de nacimiento:	31-Dic-1961 San Martin (Meta)						
Edad:	63	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**	17 353 361				

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro	X	Indigena		Psicosocial		**EPS**	caja copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	Si		

Dirección:	Cll 37B 40-19					
Municipio:			**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**	X	**Telefono:**	3134567322

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elsa Maria Tiragauta		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	40 382 587		
Telefono:	3134567322	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Dumar Ismael Diaz Zoens

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Santa Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Santa Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **17.353.361**

DIAZ ZAENS

APELLIDOS

DUMAR ISMAEL

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1961**

SAN MARTIN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-AGO-1982 SAN MARTIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00147139-M-0017353361-20090117 0009546642A 1 4990006945

715

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001094651500000628

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DUMAR ISMAEL

Apellidos: DIAZ ZAENS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17353361

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/05/2024

Última actualización ciudadano: 11/06/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	**17353361**
NOMBRES	DUMAR ISMAEL
APELLIDOS	**DIAZ ZAENS**
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	**META**
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	26/12/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 13:18:04	**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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra

vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

Calle 37A 35-33 Barrio Alto
Desde cualquier operador:
316 227 8035
Whatsapp: 316 535 7242
www.electrificadoradelmeta.com

206821143

"El no pago de su factura de energía en la fecha estipulada en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Cancelado el recibo procede el reclamo, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o [illegible] Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles [illegible] servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios [illegible] servicio por mora dentro [illegible]

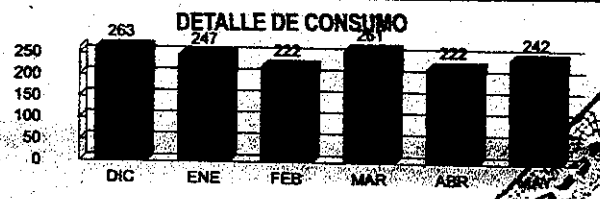
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:08 | CUDE | e5586f7f0fd1210fa3e52a2844d3e8f3c19df5ed0c529d1f8388e174d65db4decf8321edec0b40c06b6009137ae

Suscriptor: **LUZ MRIN QUINTERO DE DELGADO**

Dirección: CL 37 40 19 BRR SAN JOSE ALTO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 55458
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 55700
Anomalia 0

COPIA CANCELADO 03 JUN 2025

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 240
Documento No.: DES2634731
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $114890 30-04-25
Periodo facturado: 03-04-2025/09-05-2025
Rutas: 21-21/0230873

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

Liquidación del consumo de energía:

393,53 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$68,081
882,84 (Valor kWh) x 69 (Consumo en kWh)	$60,916
VALOR NETO:	$213,647
[illegible]entaje de SUBSIDIO (55%)	
[illegible]orcentaje de SUBSIDIO	$-84,651
[illegible] VALOR CONSUMO	$128,996
[illegible]CEPTOS:	$2,136
SUBTOTAL [illegible]ROS	$2,136
[illegible]	$-3

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060310766	1

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

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIT1423	(PC) Pérdidas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT1424	(PC) Masa a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	261
(DRU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%c) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FRU) Número total de interrupciones	14	(Dd) Cargo de Distribución	202.58
(DRUG) Meta por duración	26.92	(FRUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $ 0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	56.02
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					882.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$131,130

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$131,130

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 69 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

Somos GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 2547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta S.A. NIT 892.002.210-6. SWEB-EMSA

718

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DUMAR	ISMAEL	DIAZ	ZAENS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 17353361

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

prevencion integral en salud ips sas

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	4	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

900547903

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.2 b720.2 b729.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s740.199 s750.372 s770.272

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.2 d4602.3 d598.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
ANDRES STEVEN CARDENAS MARTINEZ	Enfermería	CC-1121965024
SANTIAGO FELIPE PEREZ FIERRO	Trabajador Social	CC-1193588318
LORENZO BARRAGAN RONCANCIO	Medicina	CC-79265949

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

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

Fecha:	24	10	2025	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Elkin de Jesus Figueroa Sano
Fecha y lugar de nacimiento:	23 Dic 1958 Caldas
Edad: 66	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Calle 37 c -40 -85				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3223104728

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Elkin de jesus Figueroa Serna

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.254.923**

FIGUEROA SERNA
APELLIDOS

ELKIN DE JESUS
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1958**
CALDAS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-JUN-1977 CALDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0101300-00751350-M-0015254923-20150928 0048636137A 1 44509891

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011331570300000007

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ELKIN DE JESUS

Apellidos: FIGUEROA SERNA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 15254923

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/06/2023

Última actualización ciudadano: 10/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	15254923
NOMBRES	ELKIN DE JESUS
APELLIDOS	FIGUEROA SERNA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/04/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:48:05	**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

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

206733819

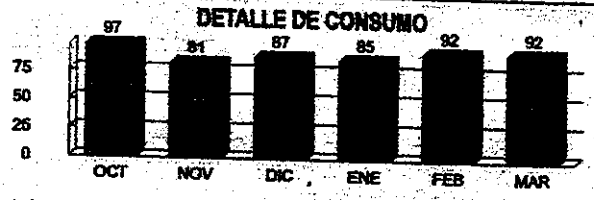
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-03-13 15:32 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-03-13 15:36 | CUDE [redacted]

Suscriptor: HECTOR JULIO FAJARDO

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

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 57897
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 57969
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 87
Documento No.: DES1674894
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $36140 21-02-25
Periodo Facturado: 08-02-2025/10-03-2025
Ruta: 21-2112301616

INFORMACION TECNICA		
MARCA CONTADOR (EB)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAF	22014702	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 13-MAR-2025 04:03

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

INDICADORES DE CALIDAD			
Cód. Circuito	VIU215	(#C) Horas Compensadas	0
COD. Subestación	VIT1424	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	T3	(CEC) Consumo utilizado a compensar	85
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.087	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	13	(DS) Cargo de Distribución	197.63
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $	0	

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ - kWh

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	396.05	Pérdidas reconocidas	PR $	69.95
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	49.85	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	15.09
Transporte en el sistema de distribución local	D $	253.23	Costo de comercialización	C $	150.7
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)				CU=G+T+D+Cm+PR+R	934.87
					934.87

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

DATOS DE FINANCIACIÓN			
VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO [illegible]	$0

Liquidación del consumo de energía:

387.06 (Valor kWh con SUBS) x 92 (Consumo en kWh)	$35,611
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (50%)	$86,008
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-50,397
Impuesto AP	$35,611
OTROS CONCEPTOS:	$860
SUBTOTAL VALOR OTROS	$860
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$36,470

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pagar antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-MAR-2025	26-MAR-2025	$36,470

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
08-02-2025/10-03-2025	21-2112301616	206733819	25-MAR-2025	$36,470

(415)7709998002449(8020)0206733819(3900)0000036470

VIGILADO SUPERSERVICIOS

...ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P. NIT 892002210-6 RESOLUCIÓN No. 015838 de DIC/14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 10547 Enero-25-2002. VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
...Electrificadora del Meta SA_Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

724

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ethel Maria perez Machecha
Fecha y lugar de nacimiento:	30-11-1953 la peña.

Edad: 72 **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 20704 357

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

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

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

Dirección:	Cra 270 - 24A 66				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	villa julia
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3204835519

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

No Firma.

Firma del adulto mayor

Nombre: Ethel Maria Perez Mahecho

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermerio

725

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

20.704.357
NUMERO

PEREZ MAHECHA
APELLIDOS

ETHEL MARIA
NOMBRES

Ethel Maria Perez Mahecha
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1953**
LA PEÑA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-SEP-1975 LA PEÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-69157112-F-0020704357-20080228 **00470** 08059H 01 231288643

726

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B5

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001047651100000587

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ETHEL MARIA

Apellidos: PEREZ MAHECHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20704357

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/11/2019

Última actualización ciudadano: 18/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

727

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	20704357
NOMBRES	ETHEL MARIA
APELLIDOS	PEREZ MAHECHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 12:02:41	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

Zona: A | Ciclo: 07 | Ruta: 07105 | 93

34322309
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

SET/1937297

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente DEE

HERRERA GABRIELA
C 37D 24A 66 68 70
VILLA JULIA
VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010102000001070003000000000
Clase de uso: RESIDENCIAL
Estrato: 1
Unidades residenciales:
Unidades no residenciales:
ZA - 14030

Serie	Diámetro	Predio	Coeficiente de micro
1720297899	1/2	28041	

Fecha próxima visita: 17-11-2025

16-09-2025 - 14-10-2025

938	931	7 m3	7 m3
NORMAL			DIFERENCIA DE LECTURAS

10 13 11 4 8 5 7

MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV

3 m3

CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06	5.188,30	0	2.672,76
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	7	2.507,01	17.549,07	11.582,39	0	5.966,68
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33	4.373,38	0	2.252,95
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	7	2.636,59	18.456,13	12.181,05	0	6.275,08
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	2.636,59	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	2.636,59	0	0	0	0

Ajuste a la Decena	4,05
(-) Devolución x Inversiones ACU.R287	-1.311,53
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.311,53

TOTAL A PAGAR
$ 15.860

PAGUE HASTA
13-NOV-2025

Estos factores incluyen estos valores por tasas destinadas a autoridades ambientales (Ley 99/1993)

Acueducto (tasa por uso)
437 por m3

Alcantarillado (Tasa retributiva)
146.42 por m3

		Plan de financiación	Valor inicial	Saldos a la fecha	Cuotas faltan
CARTERA EN INVESTIGACIÓN	0				
PROCESO COACTIVO	0				

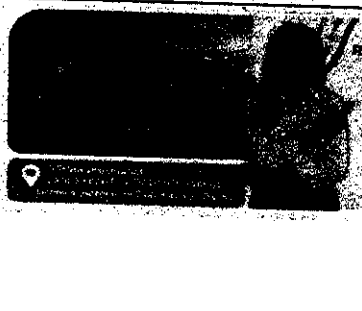
CUDE/CUFE: [illegible] Generación: 2025-11-04T11:20:23 Transmisión: 2025-11-04T11:58:43

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0, que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94.

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO:
Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y GENERARÁ COBRO DE SUSPENSIÓN Y DE REINSTALACIÓN.
De acuerdo con el Art. 64 de la ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.



Realiza tus trámites sin salir de casa
608 681 8080
Puedes realizar:
- PQRs
- Reporte de Daños
- Información General
- Solicitudes de Atención de Técnica

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

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Fabiola Rodriguez Hernandez
Fecha y lugar de nacimiento:	15 Junio 1950 - la dorada (caldas)
Edad: 75	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21 225 910

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

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

Dirección:	Calle 37C - 40 - 10				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Fabiola Rodriguez Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



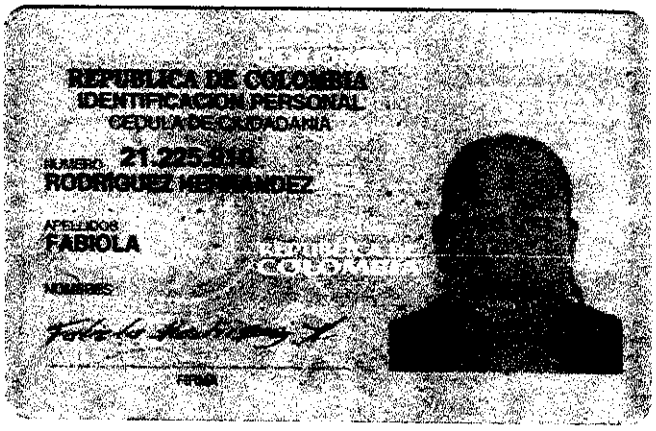
Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria

730



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.225.[illegible]
RODRIGUEZ [illegible]
APELLIDOS
FABIOLA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1950
LA DORADA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-AGO-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-5200100-00382385-F-0021225910-20120223 0029280401A 1 37752003

731

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 23/10/2025

Ficha: 50001094655000000013

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: RODRIGUEZ HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21225910

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/05/2023

Última actualización ciudadano: 13/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	21225910
NOMBRES	FABIOLA
APELLIDOS	RODRIGUEZ HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/12/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/23/2025 16:29:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

9504

735

EMSA

Empresa Municipal del Meta S.A.
Nit. 892002210-6

206760195

6186 1/1

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

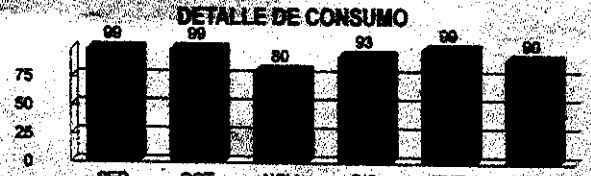
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-02-10 17:13 | FECHA Y HORA DE VALIDACION | 2025-02-19 17:38 | CUDE | 20e1f1[illegible]

Suscriptor: **FABIOLA RODRIGUEZ HERNANDEZ**

Dirección: **CL 37C 40 10 BRR SAN JOSE**

Ciudad: **Villavicencio**

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 23017
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 23107
Anomalia 0

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	[illegible]	$0

Liquidación del consumo de energía:

383.48 (Valor kWh con SUBS) x 90 (Consumo en kWh)	$34,513
VALOR NETO:	$84,491
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-49,978
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$34,513
Impuesto AP	$845
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$847

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 93
Documento No.: DES1429114
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $38710 21-01-25
Periodo Facturado: 10-01-2025/07-02-2025
Ruta: 21-2112301353

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (CO)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	80076165	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	10-FEB-2025 05:02				
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
CDDL Transformador	VIT1650	(HC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	93
(DIU) Duración en horas de interrupciones	1.562	(%H) Porcentaje de descuento del cargo	16
(FIU) Número total de interrupciones	11	(CD) Cargo de Distribución	198.28
(DIUG) Meta por duración	26.82	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	404.27	Pérdidas reconocidas	PR $	72.74
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.03	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.42
Transporte en el sistema de distribución local	D $	249.01	Costo de comercialización	C $	144.32
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					938.79
					938.79

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

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $35,360

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
21-FEB-2025	22-FEB-2025	$35,360

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-01-2025/07-02-2025	21-2112301353	206760195	21-FEB-2025	$35,360

(415)7709998002449(8020)0206760195(3900)0000035360

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES. No. 012635 del DIC.14-2018 DIAN AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 000043 ENE-25-2022
VIGILADO POR LA Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
Electrificadora del Meta SA NIt: 892.002.210-6. SWOE-EMSA
La reproducción parcial o total de este documento sin autorización de la empresa está prohibida y será sancionada de acuerdo con la ley 1273 de 2009 y demás normas concordantes.

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	fabiola rios Guerra
Fecha y lugar de nacimiento:	25 - febrero 1948
Edad: 77	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 41 888 804

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Calle 37 - 39 - 35 Colinas				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	3204251044
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

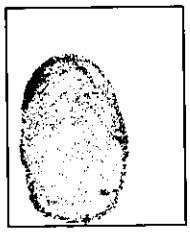
No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Fabiola rios Guerra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Santa Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Santa Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.888.804**
RIOS GUERRA

APELLIDOS
FABIOLA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1948**
CAICEDONIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-OCT-1977 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00470449-F-0041888804-20130918 0034907049A 1 4172457787

736

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011032579800022251

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: RIOS GUERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41888804

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/10/2024

Última actualización ciudadano: 31/10/2024

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la 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	41888804
NOMBRES	FABIOLA
APELLIDOS	RIOS GUERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/05/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:43:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

10416

emsa
Electrificadora del Meta S.A
Nit. 892002210-5

208059618

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-10 16:16 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-10 16:16 | CUDE | 7d46f7a5f1ba05a381543a1a738e25e78a9da5a5cae345d72192a33ced5d04a68877440c4181ad548284b7e74ea3c1c

Suscriptor: ALBA LUCIA RIOS

Dirección: CL 39 39 55 BRR COLINAS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 20104
Tipo de Lectura Promedio Cuenta Anomalía 15

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 131
Documento No.: DES4250190
Facturas Agrupadas :0

Ultimo Pago: $135190 15-08-25
Periodo Facturado: 09-08-2025/08-09-2025
Ruta: 21-2112403620

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	071011286	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-SEP-2025 05:09

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VII0213	[illegible]	0
COD. Transformador	VIT15574	[illegible]	0
Grupo de calidad	13	[illegible]	131
[illegible]	2.917	[illegible]	20
[illegible]	12	[illegible]	199.68
[illegible]	26.92	[illegible]	25

Vlr a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	306.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.55
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.71	Costo de comercialización	C $	158.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+Cv+PR+R		898.64
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,69%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

PLAN DE FINANCIACIÓN

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

Liquidación del consumo de energía:
498.84 (Valor kWh con SUBS) x 131 (Consumo en kWh) $65,322

VALOR NETO: $117,748
Porcentaje de SUBSIDIO (45%) $-52,426
Valor porcentaje de SUBSIDIO $65,322
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $2,355
Ajuste a la Decena $3

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $2,358

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $87,680

Financiación

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
19-SEP-2025	20-SEP-2025	$67,680

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO | Fecha de Expedición | Fecha Límite de Pago | Valor a Pagar
09-AGO-2025/08-SEP-2025 | 10-SEP-2025 | 19-SEP-2025 | $67,680

(415)7709995002449(8020)208059618(3900)0000067680

emsa Electrificadora del Meta S.A Nit. 892002210-5

VIGILADO SUPERSERVICIOS

RES No. 012308 de DIC-14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0[illegible]-10-25-2002
GRAN CONTRIBUYENTE
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
7026
Electrificadora del Meta S.A. Nit: 892.002.210-5, SNDE-EMSA
Si presenta alguna inconformidad con la factura, puede presentar el recurso de reposición y en subsidio el de apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de la factura, ante la oficina de atención al cliente de la empresa.

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gladys Monsalve
Fecha y lugar de nacimiento:	25 Mayo 1949 Villavicencio
Edad: 76	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40 369 949

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

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

Dirección:	Calle 37c 43-19-91				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	2	**Telefono:**	3124549143

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

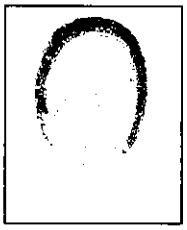
No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Gladys Monsalve

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

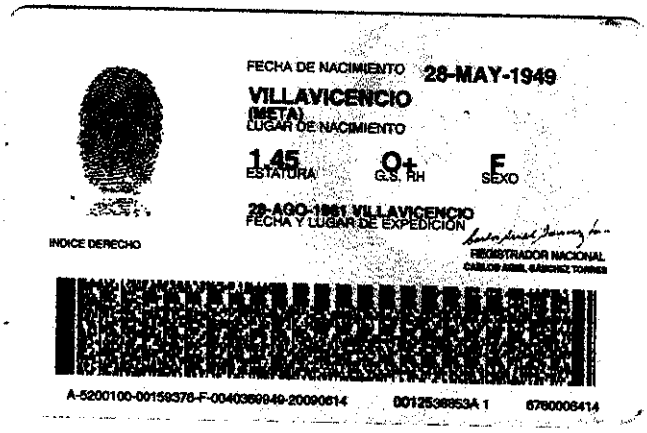
Cargo Aux Enfermera.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.369.949
MONSALVE
APELLIDOS
GLADYS
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1949
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

28-AGO-1981 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00159376-F-0040369949-20090814 0012536853A 1 6780006414

741

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 50001078655200000030

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GLADYS

Apellidos: MONSALVE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40369949

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/11/2024

Última actualización ciudadano: 24/11/2024

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

¡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	40369949
NOMBRES	GLADYS
APELLIDOS	MONSALVE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/27/2025 07:54:25	**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

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

NIT. 892.000.265 -1

CÓDIGO USUARIO	009120
FACTURA No.	33340179
PERIODO FACTURADO	18-03-2025 - 14-04-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010103000005440009000000000	0	2026-05-02T11:20:23 2026-05-02T07:55:08

DATOS DEL SUSCRIPTOR

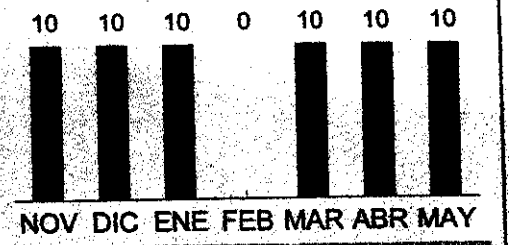
MONSALVE GLADYS
222222222222
C 37C 43B 91
SAN JOSE
ZA - 10513

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		16-05-2025

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 8

ACTIVIDAD LECTURA: SIN MEDIDOR



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
		10	10

DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
05	0502 ORDEN 050237100000 383			

LIQUIDACION DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	SUBSIDIO	CONTRIBUCIÓN	MAS SOPORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)								
Cargo Fijo		1	7.627,00	7.627,00	2.745,72		0	4.881,70
Consumo Basico	0 - 16	10	2.926,00	29.264,40	10.512,30		0	18.688,90
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,78	0	0		0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,78	0	0		0	0
TOTAL ACUEDUCTO					13.258,46			23.570,59
ALCANTARILLADO (2)								
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	2.314,65			4.114,93
Consumo Basico	0 - 16	0	2.905,78	0	0			0
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0			0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0			0
TOTAL ALCANTARILLADO				6.429,58	2.314,65			4.114,93
TOTAL MES				43.264,40	15.573,11		0	27.685,52

Total Items 4

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	2,45
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-2.197,97
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-2.197,97
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	2,45

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACION DE INTERES

Cargo fijo AC	4.881,70	Cargo fijo AL	4.114,93
Consumo Básico AC	1.868,89	Consumo Básico AL	0
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT975017

pague a tiempo

PAGUE HASTA
14-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
25.490

Somos Autorretenedores Res DIAN 057/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES0062024

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

CUFE d3d911ffdcfce1eb9c8ecb3f2488bfcb6b60cdf05f2980ddfeb0162814e7afd3d134429abcfee23512dd34c0aaff3d22

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

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

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

www.eaav.gov.co

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025	FORMATO ACTAS DE REUNIÓN CONTRATO 2121 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025 NIT. 901.999.838-0	

Fecha: 27-10-25	Centro Vida: San José
Hora de inicio: 9:00.	Hora de Terminación: 10:00 am
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Gladys Monsalve	Beneficiario
2. Luz Adriana Brito H.	Psicologa.
3.	

TEMA A TRATAR:
Identificación de riesgos y Conducción de Vulnerabilidad del Adulto Mayor postulado.

DESARROLLO:
Se identifica que la Señora Gladys Monsalve convive. Con su hija, pero ella no le Puede ayudar económicamente que por eso le paga la Seguridad Social; ella tiene diagnóstico de Deabetes e Hipertensión, requiere de bastón Para realizar la marcha, cuenta Con disminución en Capacidad Aditiva y Motora.

Se encuentra en riesgo de Pobreza.

COMPROMISOS:

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Luz Adriana Brito Hoyos	FIRMA O HUELLA:
NOMBRE: Luz Adriana Brito Hoyos	NOMBRE: Gladys Monsalve.
IDENTIFICACION: 1.121.847322	IDENTIFICACION: 40369949
CARGO: Psicologa.	

Powered by CamScanner

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	ISabel Ayala triana
Fecha y lugar de nacimiento:	21 233 232

Edad: 70 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21 233 232

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

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

Dirección:	Calle 39A 29-14				
Municipio:	villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3228988696

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Isabel Ayala triana

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sonia Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sonia Reyes

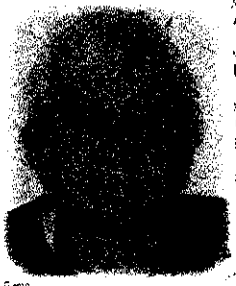
Cargo Aux Enfermería

746

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 21.233,232



Apellidos
AYALA TRIANA

Nombres
ISABEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
24 OCT 1955

Grupo sanguíneo
A+

Lugar de nacimiento
SAN MARTIN (META)

Fecha y lugar de expedición
28 ABR 1977, VILLAVICENCIO

Firma
Isabel Ayala

Fecha de expiración
21 AGO 2035

.CO

068648448

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL068648448652001<<<<<<<<<<
5510241F3508219COL21233232<<<6
AYALA<TRIANA<<ISABEL<<<<<<<<<<

3122911809 6

3122911809 6

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001078655200000010

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ISABEL

Apellidos: AYALA TRIANA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21233232

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

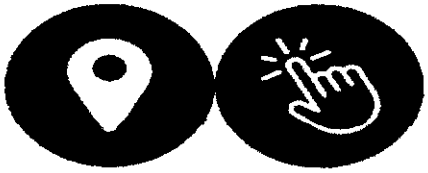
Encuesta vigente: 08/07/2019

Última actualización ciudadano: 06/09/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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





OFICINAS CERCANAS

ENTÉRESE MÁS AQUÍ

748

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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	21233232
NOMBRES	ISABEL
APELLIDOS	AYALA TRIANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S"	SUBSIDIADO	31/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:33:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Regimen Subsidiado y el Regimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolucion 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 tecnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualizacion de las bases de datos de afiliacion 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 Regimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el termino de la afiliacion a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

10472

emsa
Energía Móvil S.A.
Nit. 892000210-6

Dirección: Carrera 33 # 39A-80
Oficinas Administrativas
Barrio Colinas
Línea Gratuita Nacional
018000 918515
Línea Gratuita operativa
316 027 8045
WhatsApp 318 548 7464

CÓDIGO DEL CLIENTE 207974775
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

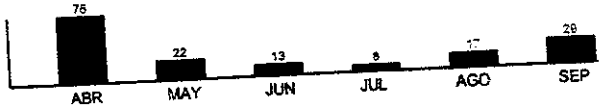
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-10 16:18 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-10 16:18 | CUDE | 647e430ce2761285a06a9576237b3f0dc37d10865a9552f03c665972f2989a938ee409f9eff6b6c3a2af088e56f760c

Suscriptor: MARIA DELBI CASTRO
Dirección: CL 39A 39B 14 BRR COLINAS
Ciudad: Villavicencio

7082

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 13899 Lectura Actual 13928
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 31
Documento No.: DES4250245
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $6910 19-08-25
Periodo Facturado: 09-08-2025/08-09-2025
Ruta: 21-2112403940

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía 398.9 (Valor kWh con SUBS) x 29 (Consumo en kWh)	$11,568
	$26,066
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-14,498
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$11,568
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	$26[illegible]
Impuesto AP	$[illegible]
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$262
SUBTOTAL VALOR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$11,830

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES) HOL	NÚMERO (S) 07101192[illegible]	FACTOR	
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	10-SEP-2025 05:09		
ESTRATO	ZONA Urbano	CICLO	
CLASE Residencial	CÓDIGO CIIU RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO ACTIVA	

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIT0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1426	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	5
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.917	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	25
(FIU) Número total de interrupciones	12	(D) Cargo de Distribución	99.66
(DIUG) Meta por duración	26.02	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	0	V/r a Compensar $	

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.65
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.71	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+C+PR+R					898.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Concepto	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
19-SEP-2025	20-SEP-2025	$11,830

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

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

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

750

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jose Tobias Rojas Morales
Fecha y lugar de nacimiento:	08 Diciembre 1947
Edad: 84	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 3988767

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

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

Dirección:	Cra 40 - 37B - 08				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose
Zona:	Rural	**Urbano**	X	**Telefono:**	3246745021

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

NO Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Jose tobias Rojas morales

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Milena Reyes

Cargo Aux Enfermeria.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.288.767
ROJAS MORALES

APELLIDOS
JOSE TOBIAS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

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

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

12-SEP-1963 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00127471-M-0003288767-20081113 0005898541A 1 6740008709

752

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001011654600000027

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE TOBIAS

Apellidos: ROJAS MORALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3288767

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 07/10/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3288767
NOMBRES	JOSE TOBIAS
APELLIDOS	ROJAS MORALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 12:03:55	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".

9436

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

208267557

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

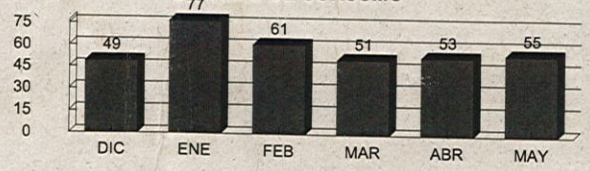
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:00 CUDE | 05e4b8ad93099f56b1f51e017b12c55a5405c09a57b5722df92bd44ead175cfd0bfcb744c4402577d9ad511a61e358d4

Suscriptor: **BERTHA MANTILLA**

Dirección: CR 40 37B 08 P 1 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 32382
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 32437
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No.: DES2634724
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $26910 16-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112300838

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 491.92 (Valor kWh con SUBS) x 55 (Consumo en kWh)	$27,056
VALOR NETO:	$48,556
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-21,501
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$27,055
Impuesto AP	$971
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$974
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$28,030

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050341227	1

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

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1424	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	51
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(Dt) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025	24-MAY-2025	$28,030

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-04-2025/09-05-2025	21-2112300838	208267557	23-MAY-2025	$28,030

(415)7709998002449(8020)0208267557(3900)0000028030

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Impreso por Stappedes SAS NIT 860526760-2 37789

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jose Dimar Herrera Castañeda					
Fecha y lugar de nacimiento:		02 junio 1961 San Martin					
Edad:	64.	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	17324825				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial	X	**EPS**	Sanitas
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cl 23 - 20 - 04						
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	la macarena		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3206745021	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Jose Dumar Herrera Castañeda

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sonia Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

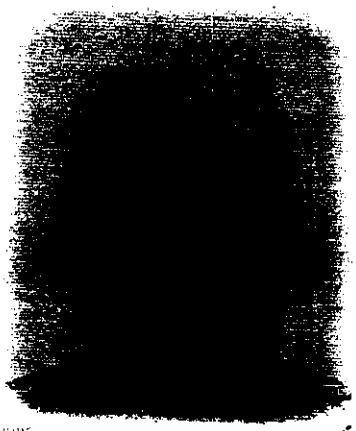
Nombre: Sonia Reyes

Cargo Aux Enfermeria

756

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 17.324.825

Apellidos
HERRERA CASTAÑEDA

Nombres
JOSE DUMAR

Nacionalidad
COL

Estatura
1.80

Sexo
M

Fecha de nacimiento
02 JUN 1961

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MARTIN (META)

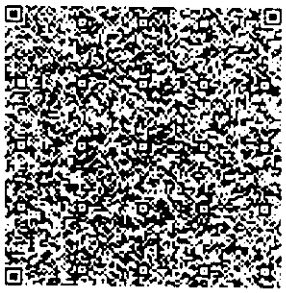
Fecha y lugar de expedición
27 MAYO 1981, VILLAVICENCIO

Firma
Jose Dumar

Fecha de expiración
15 ENE 2034



0381267 92



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0381267924520 01<<<<<<<<<<<
6106029M3401158COL17324825<<<4
HERRERA<CASTANEDA<<JOSE<DUMAR<

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001073652500000485

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE DUMAR

Apellidos: HERRERA CASTAÑEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17324825

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/10/2019

Última actualización ciudadano: 23/10/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.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
- ICETEX
- 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	**17324825**
NOMBRES	JOSE DUMAR
APELLIDOS	**HERRERA CASTAÑEDA**
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	**META**
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 13:44:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115 (SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615
Línea emergencia 24 Horas 316 027 8035

10101

CÓDIGO DEL CLIENTE
PARA REFERENCIAR EN CONSIGNACIÓN DE PAGO

154882542

6250 1/1

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

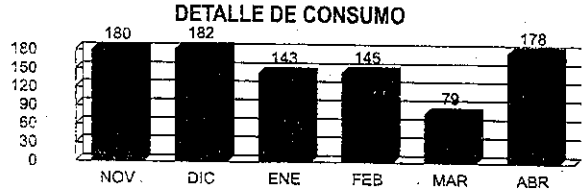
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-07 12:53 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-07 12:57 | CUDE | 021d454a8f62420cdce0dbc3c16d7e1f22e5c42044f8ed18d827873c612ccff66ec3176751eea4c73671f73f49b9f87c

Suscriptor: ANA HERCILIA CASTANEDA DE HERRERA

Dirección: CL 23 20 04 BRR LA MACARENA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 42408
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 42586
Anomalía 0

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

Ultimo Pago: $64990 20-03-25
Periodo Facturado: 05-03-2025/03-04-2025
Ruta: 6-603750270

INFORMACIÓN TÉCNICA

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

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

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0208	(HC) Horas Compensadas	0
COD.Transformador	VIT4859	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	145
(DIU) Duración en horas de interrupciones	5.033	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	9	(Dt) Cargo de Distribución	199.27
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

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

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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DE LOS CONCEPTOS FACTURADOS

Liquidación del consumo de energía:	
782.68 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$135,404
920.8 (Valor kWh) x 5 (Consumo en kWh)	$4,604
VALOR NETO:	$163,902
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,895
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$140,007
Impuesto AP	$4,917
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$4,922
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$144,930

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

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

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

(415)7709996002449(8020)0154882542(3900)0000144930

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0000012 de Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

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

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

Fecha:	24	MAO	2025	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Jorge Augusto Leon Romero				
Fecha y lugar de nacimiento:			11 octubre 1945 Villavicencio				
Edad:	80	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		3294068			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva	X	No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	31
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cl 37 - 41 - 40						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3108899288	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge Augusto Leon Romero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

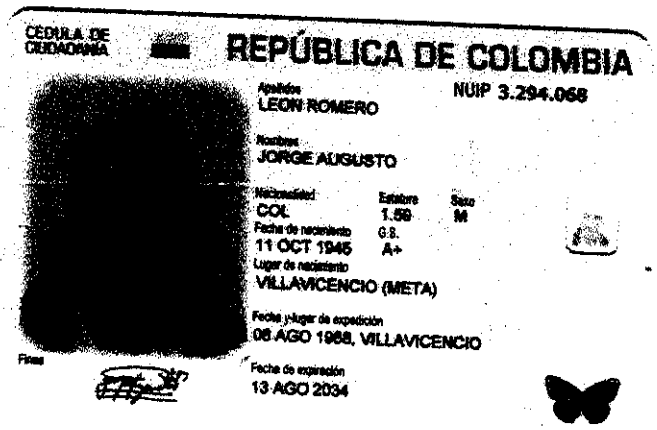


Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo AUX ENFERMERIA



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 3.294.068

Apellidos
LEON ROMERO

Nombres
JORGE AUGUSTO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.59

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 OCT 1945

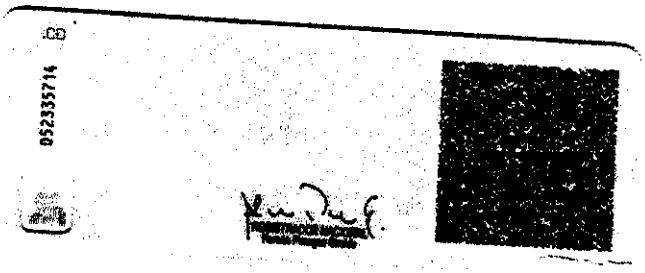
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
06 AGO 1968, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
13 AGO 2034



052335714

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

762

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001030646200000594

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE AUGUSTO

Apellidos: LEON ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3294068

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/12/2019

Última actualización ciudadano: 03/12/2019

Última actualización via registros administrativos: 26/08/2025

***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: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

763

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3294068
NOMBRES	JORGE AUGUSTO
APELLIDOS	LEON ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:51:29	**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

9484

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

208279090

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

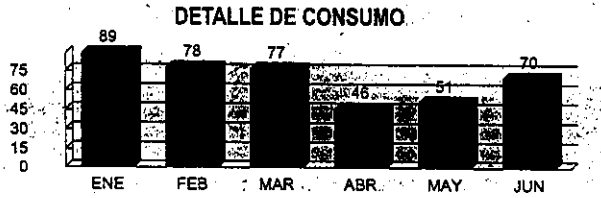
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-11 13:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-11 13:13:55 | CUDE | 7f6209a34a7a95f28eef156dca04d07601978c804f3bd0bcb5129f0c54870c98447332d4a5cc4955409ceaa84471d378

Suscriptor: FIDELIGNA BETANCOURTH JARA

Dirección: CL 37 41 40 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 24678
Tipo de Lectura.Con Lectura

Lectura Actual 24748
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 70
Documento No.: DES3048231
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $20520 27-05-25
Periodo Facturado: 10-05-2025/09-06-2025
Ruta: 21-21123010231

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL PERIODO CONSUMO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 70 (Consumo en kWh)	$27,728
VALOR NETO:	$60,127
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-32,400
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$27,728
Impuesto AP	$601
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$602

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	11898	1

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

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1650	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	46
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.976	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	13	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Perdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		858.97			
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $28,330

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-JUN-2025	21-JUN-2025	$28,330

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Código del Cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-05-2025/09-06-2025	208279090	20-JUN-2025	$28,330

(415)7709998002449(8020)0208279090(3900)0000028330

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Jorge
3 Barzal Alto
Villavicencio
operador Movistar)
nacional:
15
er operador:
WhatsApp: 318 555 7464
Superservicios VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
GRAN CONTRIBUYENTE RES NO. 012035 DE 14-2018 UIAN - AUSENTE AUTORRETENEDOR RES NO. 0000012 enero-25-2002
Electrificadora del Meta S.A. Nit. 892002210-6 CIIU 3510

765

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

Fecha: 24 | MAR | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luz Alcira Gutierrez Rincon
Fecha y lugar de nacimiento:	20 Julio 1961 Villavicencio
Edad: 64	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21240760

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

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

Dirección:	Calle 37D -27B-19				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	la isla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3202388327

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO Firmo

Firma del adulto mayor

Nombre: Luz Alcira Gutierrez Rincon

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 21.240.760

GUTIERREZ RINCON
APELLIDOS

LUZ ALCIRA
NOMBRES

Luz A Gutierrez Rincon
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1961
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

28-AGO-1979 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5200100-00934423-F-0021240760-20170824 0057165318A 1 6734587570

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

717

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001030646200000189

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ ALCIRA

Apellidos: GUTIERREZ RINCON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21240760

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/07/2019

Última actualización ciudadano: 31/08/2025

Última actualización via 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: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.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
- ICETEX
- 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

768

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	21240760
NOMBRES	LUZ ALCIRA
APELLIDOS	GUTIERREZ RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	19/07/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 12:06:28	**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

Alcira

10407

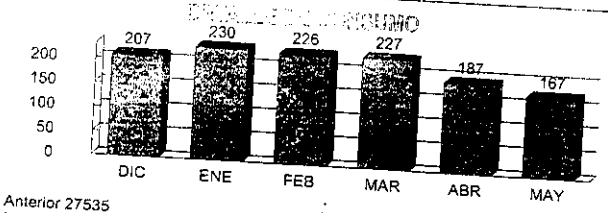
208062018

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:03 | CUDE | 60ebffeb3cae127abc1941df3cac8feee3038db9f4b3c5eb9c300b94aa43ed5847794df035c49586b1ef517ca99339cc

Suscriptor: LIBORIO RUIZ

Dirección: CL 37D 27B 19 COLINA BRR LA ISLA

Ciudad: Villavicencio



(2) A-S
Lectura Anterior 27535
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 27702
Anomalía 0

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTAS PAGADAS	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIADO			
SALDO A FAVOR	$0		$0

Liquidación del consumo de energía:
393.53 (Valor kWh con SUBS) x 167 (Consumo en kWh)

VALOR NETO:	$65.720
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	$147.434
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-81.714
Impuesto AP	$65.719
OTROS CONCEPTOS:	$1.474
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS:	$1.474
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 209
Documento No.: DES2635679
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $82340 28-04-25
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112403335

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HCL	071039973	1

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

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

Costo	Vi0213	(HC) Horas Compensadas	
Transformador	VIT135	(VC) Veces a compensar	0
Cargo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(CDU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	227
(CDU) Número total de interrupciones	14	(Dt) Cargo de Distribución	20
(PMG) Meta por duración	26.92	(FRG) Factor de frecuencias	202.58
	Vlr a Compensar $ 0		25

CONCEPTO			CONCEPTO	
Compra energía al generador	G $	303.41	Perdidas reconocidas PR $	58.82
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía O $	44.57
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.61	Costo de comercialización C $	144.23
Total Cargo Calculado(Orden 015-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R				882.84
Interés moratorio residencial	0,49%		Interés moratorio no residencial	0,73%

Concepto Tarifa	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

CONCEPTO	Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	Mes Servicio
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENTIDADES					$0

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $67.190

23-MAY-2025	24-MAY-2025	$67,190

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
[illegible] (E)

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

Fecha:	24	10	2025	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Luis Carlos Betancur				
Fecha y lugar de nacimiento:			21 - Dic - 1957				
Edad:	88	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		758 628			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	caja copy
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cra 38 37 Bis -17						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3224297491	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Diego Jara		
Relacion con el adulto mayor:	Hijastro		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	3123908639	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firmo

Firma del adulto mayor

Nombre: luis carlos Betancour

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria

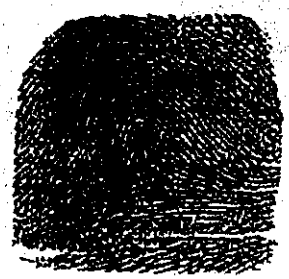
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
758.628
NUMERO

BETANCUR
APELLIDOS

LUIS CARLOS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

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

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

27-ABR-1959 SONSON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

A-5200100-69112882-M-0000758628-20030027 0701103244A 02 1222048[illegible]

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

77

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

Fecha de consulta: 24/10/2025

B1

Ficha: 50001098655700000036

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS CARLOS

Apellidos: BETANCUR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 758628

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/10/2021

Última actualización ciudadano: 01/11/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

773

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	758628
NOMBRES	LUIS CARLOS
APELLIDOS	BETANCUR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 12:08:01	**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

774

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Herencia Gaitan Santago
Fecha y lugar de nacimiento:	16-Noviembre-1943 - Silvania
Edad:	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21219075

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

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

Dirección:	Cra 28-37A Bis 17				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose
Zona:	Rural	**Urbano**	X	**Telefono:**	3219097244

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

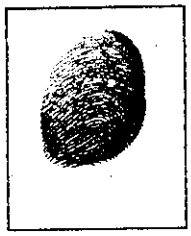
Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	+	
Copia de la consulta de SISBEN	+	
Copia de consulta en ADRES	+	
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



NO firma

Firma del adulto mayor

Nombre: María Herencia Gaitan Santiago

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Milena Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.219.075

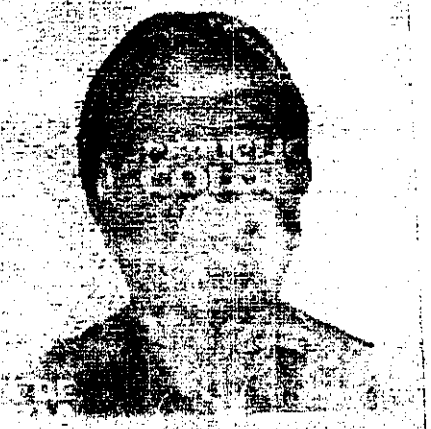
GAITAN SANTIAGO

APELLIDOS

MARIA HERMENCIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1943

SILVANIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-OCT-1965 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00672270-F-0021219075-20150224 0043260592A 1 6733186412

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001045745000000699

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA HERMENCIA

Apellidos: GAITAN SANTIAGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21219075

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2019

Última actualización ciudadano: 27/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

279

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	21219075
NOMBRES	MARIA HERMENCIA
APELLIDOS	GAITAN SANTIAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/03/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:		Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emsa

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

A

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
410618300

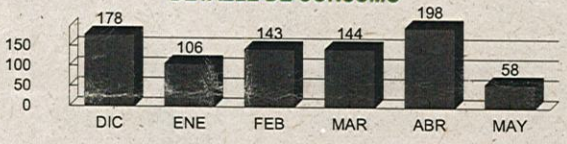
Ruta: 21-2112301898 3141

278 1/1 2879

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:37 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 14:37 | CUDE | a22b3c19481e5494695762d83c2b121b8aa0965ff3855709d8a117454e5a540c76bd429f3477362fac25b31dd267ea1c

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

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 15380
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 15438
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 155
Documento No.: DES2628743
Facturas Atrasadas :0

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

Bioagrícola del llano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Autorretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653-67.07/768 del 26 de junio de 2024
NIT 822.000.268-9
NUIR 1-5000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO: 999999198741
DOCUMENTO No: 040456672

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

DATOS GENERALES

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

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
LNY	180041316	1

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1425	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	144
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(Dt) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

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

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

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

Toneladas	Actual	Anterior
TRBL	0.002581	0.002968
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000168	0.000160
TRA	0.024642	0.026431
TRNA	0.040449	0.039277
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

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

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

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

OTROS SERVICIOS

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

FINANCIACIONES

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

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $28,184

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
491.92 (Valor kWh con SUBS) x 58 (Consumo en kWh)	$28,531
VALOR NETO:	$51,204
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,673
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$28,531
Impuesto AP	$1,024
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,025
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$29,556

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

*El ítem de descuento corresponde a devoluciones y descuentos puerta a puerta para los que apliquen.

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

SC 1498-1 OS 117-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

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

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ (E)
FIRMA GERENTE

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

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

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

Código del cliente
Número de documento
Valor a pagar

4157709998002449802004106183003900000057740

Impreso por Zipgrades S.A.S. NIT 860026518-2 3782
Electrificadora del Meta SA, Nit 892.002.210-6, SWDE-EMSA
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio
GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR Superservicios SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Marco Antonio Salazar Caceres						
Fecha y lugar de nacimiento:	12 Mayo 1941 Paz del rio (Boyacá)						
Edad:	84	**Identificación:** X CC TI RC TE CE PP **Número:**	4262789				

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

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

Dirección:	Cl 37c 40-32				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**		**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3238213464

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firmo

Firma del adulto mayor

Nombre: Marco Antonio Salazar Caceres

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

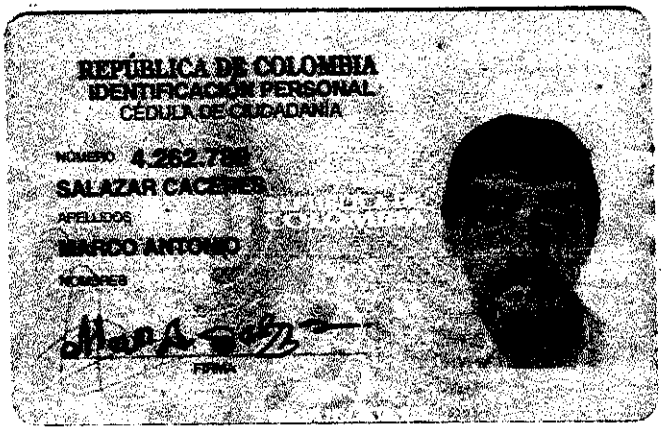


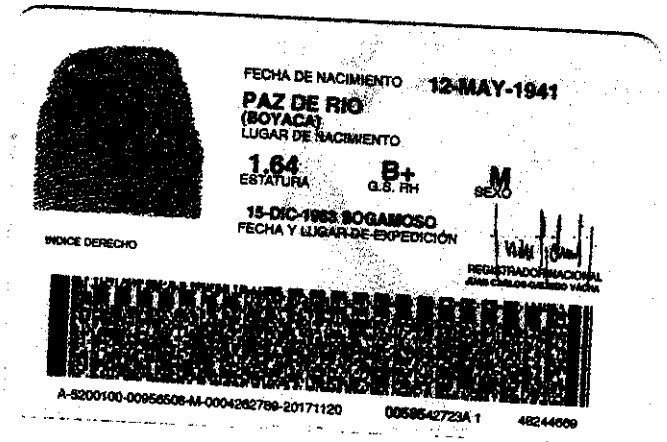
Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Auxiliar de enfermeria


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 4.262.7[illegible]
SALAZAR CACERES
APELLIDOS
MARCO ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1941
PAZ DE RIO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
15-DIC-1983 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-00956508-M-0004262789-20171120
0058542723A 1
48244609

782

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001078655200000023

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARCO ANTONIO

Apellidos: SALAZAR CACERES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4262789

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

782

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4262789
NOMBRES	MARCO ANTONIO
APELLIDOS	SALAZAR CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 15:53:59	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

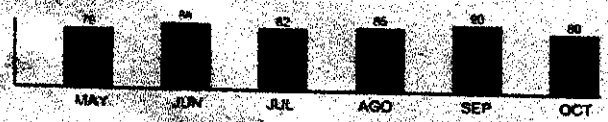
emsa
Electrificadora del Meta S.A
Nit. 892002210-6

206766887

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-11 10:51 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-11 10:55 | CUDE | dd1e29f...

Suscriptor: ODILIA NUNEZ
Dirección: CL 37C 40 32 BRR SAN JOSE
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



12) A-S Lectura Anterior 13124 — Lectura Actual 13204
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 85 — Último Pago: $36710 30-09-25
Documento No: DES4600004 — Periodo Facturado: 09-09-2025/09-10-2025

Información Técnica

MARCA CONTADOR (S/I)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	130328328	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-OCT-2025 10:10

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(IRC) Horas Compensables	
COD. Transformador	1802113	(IRC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	VIT1000	(ERC) Cantidad facturada a compensar	0
(DES) Duración en horas de interrupciones	19	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	65
(FES) Número total de interrupciones	5.017	(%C) Cargo de Distribución	20
(DES) Horas por duración	13	(ERC) Horas por Porcentaje	100,35
	24.84		20

Vlr a Compensar $

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.4
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+O+PR+R		458.4			177.99
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,99%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

CUENTA CORRIENTE

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

Liquidación del consumo de energía
399.64 (Valor kWh con SUBS) x 90 (Consumo en kWh) $31.971

VALOR NETO:	$72.914
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-40.943
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$31.971
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$726
Ajuste a la Decena	53
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$726

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $32.700

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-OCT-2025	21-OCT-2025	$32.700

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN ROHOSQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 21-2102301005	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-09-2025/09-10-2025		206766887	20-OCT-2025	$32.700

(415)7709998002449(8020)0206766887(3900)0000032700

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2010 DIAN, AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 6135 Enero-26-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA Nit: 892.002.210-6, SWDE-EM6A

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025	**FORMATO ACTAS DE REUNIÓN** CONTRATO 2121 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025 NIT. 901.999.838-0	

Fecha: 27-10-25	Centro Vida: San José
Hora de inicio: 9:30 am	Hora de Terminación: 10:30 am
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Marco Antonio Salazar C.	Beneficiario
2. Luz Adriana Brito Hoyos	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR:

Identificación de Riesgos y Condición de Vulnerabilidad del Adulto Mayor en Postulación..

DESARROLLO: Se identifica que el señor Marco Antonio Salazar Convive con un Hijo. que actualmente esta desvinculado laboralmente; no tienen ingresos y los requirieren Porque el usuario es Hipertenso necesita la ayuda para la. Marcha y realizar actividades de la Vida diaria. Se. evidencia Riesgo y Condición de Vulnerabilidad. Porque los vecinos evidencia que el Hijo sale en busca de trabajo y ellos lo cuidan. Mientras el Sale.

COMPROMISOS:

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Luz Adriana Brito H.	FIRMA O HUELLA: Marco Antonio S.
NOMBRE: Luz Adriana Brito H	NOMBRE: Marco A. Salazar.
IDENTIFICACION: 1121 847.322.	IDENTIFICACION: 4262789.
CARGO:	

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Mes Cepeda
Fecha y lugar de nacimiento:	12 enero 1940 Tunja

Edad: 85 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21214808

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	Copacopi
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	B7
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Calle 37 - 40 - 85				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3105193157

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maritza Jora
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 3105193157	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Ines Cepeda

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermería

786

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.214.808**

CEPEDA

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1940**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

23-NOV-1961 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

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

3105193157
3186818231

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001078655200000038

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA INES

Apellidos: CEPEDA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21214808

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/07/2019

Última actualización ciudadano: 01/08/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21214808
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	CEPEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:20:53	**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

789

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.
NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	008827
FACTURA No.	32053146
PERÍODO FACTURADO:	18-07-2024 - 16-08-2024

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010103000000410134500000001	0	03-09-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR

JARA MARTHA HERNANDO
C 37C 40 85
SAN JOSE
ZA - 10194

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		17-09-2024

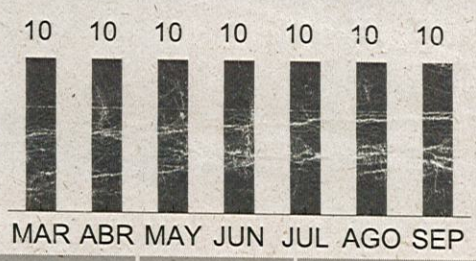
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
05	0502 ORDEN 050208100000 69			

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 10

NOVEDAD LECTURA: SIN MEDIDOR



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
		10	10

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.379,69	7.379,69	2.656,69	0	4.723,00
Consumo Basico	0 - 16	10	2.825,37	28.253,70	10.171,33	0	18.082,37
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.825,37	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.825,37	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO				35.633,39	12.828,02	0	22.805,37
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.220,57	6.220,57	2.239,41	0	3.981,16
Consumo Basico	0 - 16	10	2.816,47	28.164,70	10.139,29	0	18.025,41
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.816,47	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.816,47	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				34.385,27	12.378,70	0	22.006,57
TOTAL MES				70.018,66	25.206,72	0	**44.811,94**

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-2,74
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-1.029,20
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.029,20
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	-2,74

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	4.723,00	Cargo fijo AL	3.981,16
Consumo Básico AC	1.808,24	Consumo Básico AL	1.802,54
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AURA CRISTINA FLÓREZ MEDINA
GERENTE GENERAL

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

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

pague a tiempo

PAGUE HASTA
13-SEP-2024

TOTAL A PAGAR
43.780

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

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

Realiza tus trámites sin salir de casa

- PQR´s
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica

Llámanos 608 681 8080

Puntos de pago

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

www.eaav.gov.co

PAGOS EN LÍNEA pse

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
008827
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
32053146

(415)7709998000414(8020)32053146(3900)0000043780(96)20240913

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
13-SEP-2024	43.780

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Impreso por Stopdates SAS NIT 860.026.580-2 63608

790

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

Fecha:	25	10	2025	Centro Vida:	San jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Noelba Rodriguez Grajales						
Fecha y lugar de nacimiento:	31 Marco 1964						
Edad:	61	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**	24764390				

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

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

Dirección:	cll 28 - 37 -03				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3027501859

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luis felipe Beltran Urrea
Relacion con el adulto mayor:	Esposo
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	17 680 757
Telefono: 3143486947	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

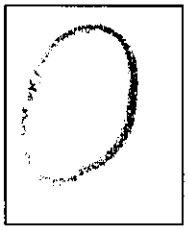
NO Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Noelba Rodriguez Grajales

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

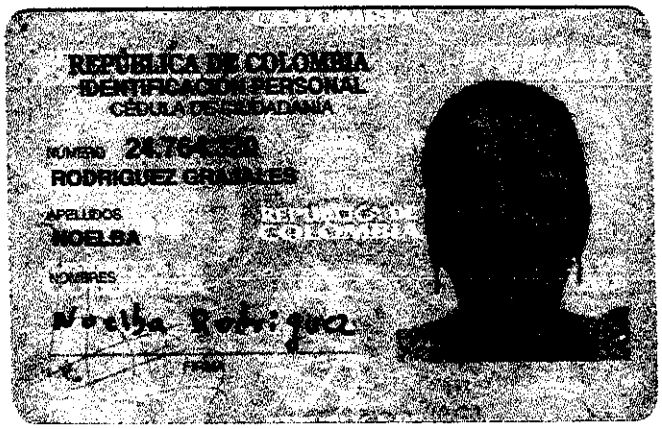


Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Milena Reyes

Cargo Aux Enfermeria



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 24764320
RODRIGUEZ GRAJALES

APELLIDOS
NOELSA

NOMBRES
Noelsa Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1964
MARSELLA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-JUL-1985 MARSELLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA

A-5200100-01119995-F-0024764320-20161217 8089329404A 1 8500115318

792

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 500013741148400000009

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: NOELBA

Apellidos: RODRIGUEZ GRAJALES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 24764320

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/03/2023

Última actualización ciudadano: 25/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24764320
NOMBRES	NOELBA
APELLIDOS	RODRIGUEZ GRAJALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/27/2025 11:00:15	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

emsa
Electrificadora del Meta S.A.

205406203

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | FECHA Y HORA DE VENCIMIENTO

Suscriptor: MIGUEL AUGUSTO HERNANDEZ MONTENEGRO

Dirección: CL 28 37 03 BRR SIETE DE AGOSTO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 50502 — Lectura Actual 50700
Tipo de Lectura ConLectura — Anomalía 0

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

Liquidación del consumo de energía:
$88,57 (Valor kWh con SUBS) x 139 (Consumo en kWh) $88,041

VALOR NETO: $125,286
Porcentaje de SUBSIDIO (45%) $-46,319
Valor porcentaje de SUBSIDIO $88,041
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS: $2,509
Factura $0

Consumo Promedio UR. 6 Meses: 153
Documento No.: DES4845076
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $96710 19-09-25
Periodo Facturado: 09-09-2025
Ruta: 20-201402240

SUBTOTAL $2,509
DESCUENTO

Información Técnica

%	MARCA CONTADOR (SB)	NÚMERO (SB)	FACT
	ISK	18-3867552	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-OCT-2025 19:10

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

Indicadores de Ciclo

Cód. Circuito	Urbano	(SIC)Horas Compensadas	0
COD. Transformador	1439	(SC)Horas compensar	1439
Grupo de calidad	3,866	(SIC) Consumo usados o compensar	0
(SAI) Duración en horas de interrupciones	0	(SAC) Porcentaje de duración de interrupciones	100,000
(SAI) Número total de interrupciones	21,54	(CIC) Cargo de Distribución	20
(SAIDI) Mide por duración		(SAIDI) Mide por Frecuencia	

VA a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Pérdidas reconocidas	PR $	56.65
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	38.49
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+O+PR+R					907.68

Interés moratorio residencial 0,69% — Interés moratorio no residencial 1,66%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha Suspensión	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-OCT-2025	21-OCT-2025	$71,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

COBRE ROBADO
OCT 2025

GRAN CONTRIBUYENTE RES. No. 11 de 06 DIC. 14-2011 AGENTE RETENEDOR RES. No. 0007 Enero-26-2002
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA Nit: 892.000.210-4 SIREC 10-99

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Omar Villalba Chamorro						
Fecha y lugar de nacimiento:	24 Abril 1943 Cali Valle						
Edad:	82	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	2909917				

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

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

Dirección:	Cra 37D - 39B - 47				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Salle
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3239452026

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMO

Firma del adulto mayor

Nombre: OMAR Villalba Chamorro

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sonia Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sonia Reyes

Cargo Aux Enfermería

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 2.909.917
VILLALBA CHAMORRO

APELLIDOS
OMAR

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1943
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-ABR-1965 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JEAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-01086510-M-0002909917-20190311 0064842193A 1 9907354667

797

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500010921452300002679

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OMAR

Apellidos: VILLALBA CHAMORRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2909917

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2024

Última actualización ciudadano: 07/04/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2909917
NOMBRES	OMAR
APELLIDOS	VILLALBA CHAMORRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:52:02	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

[redacted] información reportada a la Base de Datos Única

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

10699

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTAR O PAGAR

352600132

www.electrificadoradelmeta.com.co

7343 1/1

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

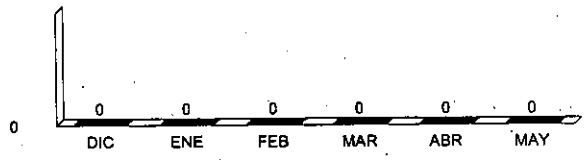
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:45 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 15:04 | CUDE | c0d3fd3e23977b07d1e394172182981ca7fd2864a9c4e6172a3effac7d96a49462674b92df8d4f3eb1059c6538b7e296

Suscriptor: JENNY CAROLINA MORENO CASTRO

Dirección: CR 37B 39B 47 BRR LA SALLE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 7294
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 7294
Anomalía 0

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

Ultimo Pago: $31570 26-10-19
Periodo Facturado: 09-04-2025/09-05-2025
Ruta: 21-2112405125

Información técnica

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

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	12-MAY-2025 03:05				
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSION

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT134	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.073	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(Dt) Cargo de Distribución	202.58
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$890,780

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

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO 09-04-2025/09-05-2025 Ruta: 21-2112405125

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
352600132	INMEDIATO	$890,780

(415)7709998002449(8020)0352600132(3900)0000890780

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 05 enero-25-2002
GRAN CONTRIBUYENTE SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS VIGILADA POR LA Superservicios

Electrificadora del Meta SA, Nit. 892 002 210-6, SWDE-EMSA
Esta factura se asimila a una letra de cambio, todos los efectos se asimila a una letra de cambio

800

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ramiro Malambo Tique.
Fecha y lugar de nacimiento:	04 febrero 1954 Coyama (Tolima)
Edad: 71	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 5867810

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	caja copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	C 37c 4085				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3118959028

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Ramiro Malambo tiqui

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

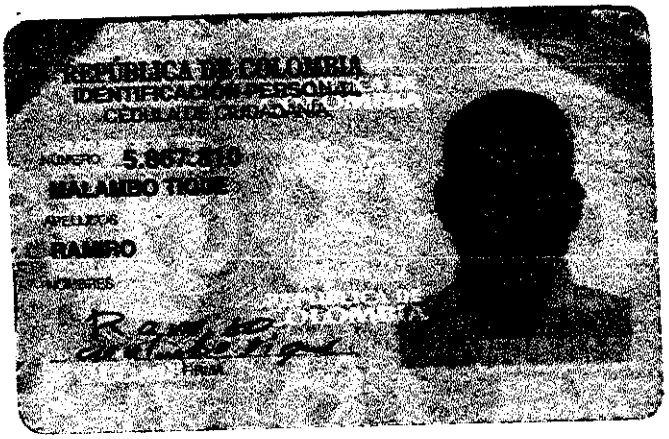
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

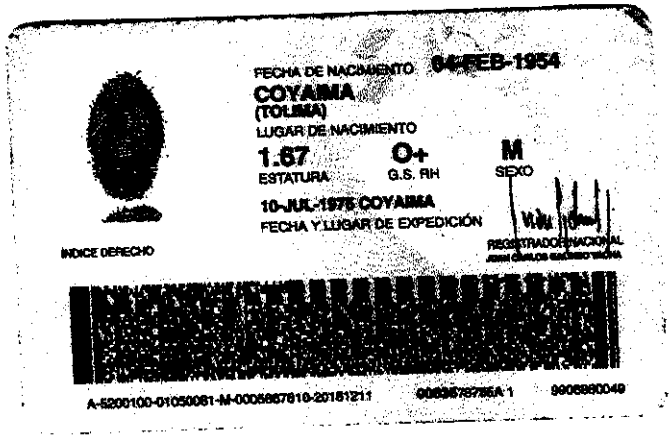
Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Milena Reyes

Cargo Aux Enfermeria


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 5.867.810
MALAMBO TIRSE
APELLIDOS
RAMIRO
NOMBRES
Firma


FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1954
COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
10-JUL-1975 COYAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-01050081-M-0005867810-20161211
0063679755A 1
9905980049

802

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 500010981452500005825

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAMIRO

Apellidos: MALAMBO TIQUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5867810

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/03/2023

Última actualización ciudadano: 12/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5867810
NOMBRES	RAMIRO
APELLIDOS	MALAMBO TIQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:09:56	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

804

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

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	008827
FACTURA No.	33010955
PERÍODO FACTURADO:	16-01-2025 - 15-02-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
50001010300000041013450000001	1	2025-03-03T11:20:23 2025-03-03T13:50:19

DATOS DEL SUSCRIPTOR

JARA MARTHA HERNANDO
222222222222
C 37C 40 85
SAN JOSE ZA - 10202

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		PAGO INMEDIATO

DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
05	0502 050208100000 ORDEN 69			

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 10

NOVEDAD LECTURA: SIN MEDIDOR



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
	0	10	10

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	2.745,95	0	4.881,70
Consumo Basico	0 - 16	10	2.920,14	29.201,40	10.512,50	0	18.688,90
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					13.258,46	0	23.570,59
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	2.314,65	0	4.114,93
Consumo Basico	0 - 16	10	2.905,78	29.057,80	10.460,81	0	18.596,99
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				35.487,38	12.775,46	0	22.711,92
TOTAL MES				72.316,43	26.033,91	0	**46.282,52**

Total Items 6

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-2,22
Deudas Anteriores	43.780,00
INTERESES POR MORA AC	218,90
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-1.029,20
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.029,20
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	43.996,68

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	4.881,70	Cargo fijo AL	4.114,93
Consumo Básico AC	1.868,89	Consumo Básico AL	1.859,70
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT655004

pague a tiempo

PAGUE HASTA
PAGO INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
89.250

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZÓN
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 057/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES9992024

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

CUFE 857bf662d64b1128b47ea19636e0c48eadf3e65955a8c4ef6cf542bd21d55087de2e4fc8fe1f20d639e17f897c0b81ae

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

Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

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

www.eaav.gov.co

PAGOS EN LÍNEA pse

BANCO

CÓDIGO USUARIO
008827
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33010955

(415)7709998000414(8020)33010955(3900)0000089250(96)20250314

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
PAGO INMEDIATO	89.250

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software fact-el
Impreso por dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 32749
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

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

Fecha: 25 | NOV | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosalba Lovato Romero
Fecha y lugar de nacimiento:	23 Mayo 1964 Ubaque Cundinamarca
Edad:	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21 046 962

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

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

Condición de Victima		Enfoque Diferencial		Discapacidad		Seguridad Social	
Desplazado		Cabeza de Familia		Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	C6
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Coyacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cra 37B – 39D 44				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	La Salle
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:** 311 2488130

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

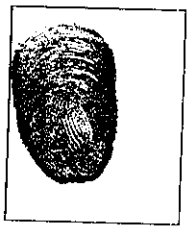
No Firmo

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosalba Lovato Rincon

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria

906

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 21.046.962



Apellidos
LAVADO ROMERO

Nombres
ROSALBA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.47

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 AGO 1964

G.S. RH
O+

Lugar de nacimiento
UBAQUE (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 MAYO 1983, UBAQUE

Firma
Rosalba Lavado

Fecha de expiración
15 MAYO 2035

061235353

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL061235353615301<<<<<<<<<<
6408077F3505159COL21046962<<<8
LAVADO<ROMERO<<ROSALBA<<<<<<<<

807

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C6

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 50001048646600000228

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSALBA

Apellidos: LAVADO ROMERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21046962

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/07/2019

Última actualización ciudadano: 28/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

80

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21046962
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	LAVADO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:10:55	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115
(SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615
Línea emergencia
24 Horas 316 027 8035

10813 www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

809

352035082

7480

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

Sypelc S.A.S. NIT 800024243
Atencion al Usuario 8-6724308-pqr@sypelc.com
Mintic Res Mensajeria Expresa

Destinatario
ROSALBA LAVADO ROMER
CR 37B 39B 44 BRR LA
Villavicencio

Remitente
Electrificadora del Meta S.A.
Cl 37a 45 53
Villavicencio

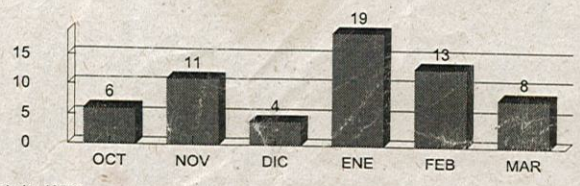
352035082
14/03/2024 17:03:50
Tarifa: $657.87
Peso: 0.5 gr
Factura de cobro servicio energia electrica

15302811
10813

Rastreo http://45.79.83.85/sypelcguias/public

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

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 10589
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 10597
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 12
Factura No.: 202403352035082
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $4850 19-02-24
Periodo Facturado: 10-02-2024/11-03-2024
Ruta: 21-2112405095

DATOS DE FINANCIACION

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía: 367.36 (Valor kWh con SUBS) x 8 (Consumo en kWh)	$2,943
VALOR NETO:	$7,149
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-4,207
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$2,942
Impuesto AP	$72
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$77
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$3,020

COTREM 69 21 MAR 2024 CANCELADO

INFORMACIÓN TÉCNICA

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

FACTURACIÓN DE 14-MAR-2024

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
CÓD. Transformador	VIT134	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	19
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.224	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	9	(Dt) Cargo de Distribución	199.33
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
...ra energía al generador	G $	383.13	Perdidas reconocidas	PR $	68.66
... en el sistema de ...acional	T $	49.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.11
... sistema de ...cal	D $	247.73	Costo de comercialización	C $	132.86
...tal Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( )			1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		893.69
... Total Cuv Calculado(Creg 012-20)					893.69

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-MAR-2024	27-MAR-2024	$3,020

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

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

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ruby Maria Ortiz
Fecha y lugar de nacimiento:	16-enero-1950 Villavicencio (Meta)

Edad: 75 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40 372 215

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

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

Dirección:	Calle 39 # 46 89				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3118959028

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

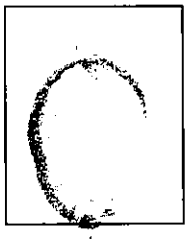
No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Ruby María ortiz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

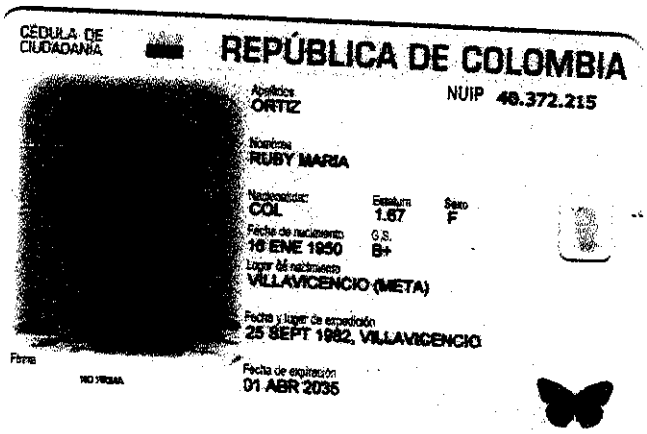


Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.372.215

Apellidos
ORTIZ

Nombres
RUBY MARIA

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.67
Sexo: F

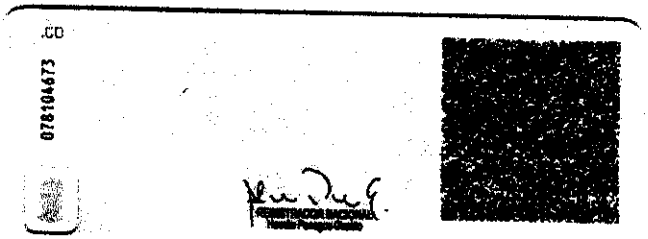
Fecha de nacimiento: 10 ENE 1950
G.S.: B+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 1982, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
01 ABR 2035



.CO

078104673

REGISTRADURÍA NACIONAL

ICCOL078104673652001<<<<<<<<<<
5001161F3504015COL40372215<<<0
ORTIZ<<RUBY<MARIA<<<<<<<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

81

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011191460900020641

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: RUBY MARIA

Apellidos: ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40372215

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/05/2023

Última actualización ciudadano: 13/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	40372215
NOMBRES	RUBY MARIA
APELLIDOS	ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:03:42	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

emsa E.S.P
Trabajamos con energía
NIT: 8920022 10-6

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115
(SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615
Línea emergencia 24 Horas 316 027 8035

www.electrificadoradelmeta.com

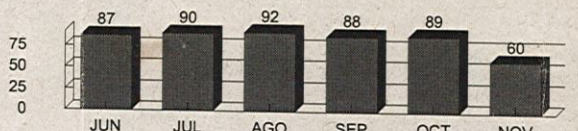
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
207904462

Ruta: 21-2112404505 3213

Espacio para se

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

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 20753
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 20813
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 89
Factura No.: 202311207904462
Facturas Atrasadas :0
Periodo Facturado: 12-10-2023/10-11-2023
Ruta: 21-2112404505
Ultimo Pago: $46720 23-10-23 NOV.-2023

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAF	20346164	1

FACTURACIÓN DE 14-NOV-2023

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

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2425	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	88
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.406	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	16
(FIU) Número total de interrupciones	10	(Dt) Cargo de Distribución	168.5
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $ 0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	381.74	Perdidas reconocidas	PR $	68.96
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	48.6	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	-2.58
Transporte en el sistema de distribución local	D $	238.79	Costo de comercialización	C $	95.52
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					831.03
Total Cuv Calculado(Creg 012-20)					806.5

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:	
322.61 (Valor kWh con SUBS) x 60 (Consumo en kWh)	$19,357
VALOR NETO:	$48,390
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-29,033
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$19,356
Impuesto AP	$484
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$489
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$19,846

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ (E)
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	2,35%

Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de Servicios Públicos
NIT 822.000.268-9 • NUIR 1-5000-1000-2
Cra 38 No. 26C-95 Barrio Siete de Agosto - Villavicencio - Meta.

Línea Directa: 110
Línea fija: (608) 681 9081

No somos Autoretenedores.
Res. 000041 del 30 de Enero de 2014
Somos Grandes Contribuyentes
Según Resolución 00076 Dic 1/2016
www.bioagricoladelllano.com.co

Código de usuario 999999210033
Número de factura 036545143
Mes de liquidación 102023

DATOS GENERALES

Tipo de uso:	RESIDENCIAL	Unidades no res.:	0	Fr. de barrido:	2
Estrato:	1	Contribución:	0	Fr. de recolección:	3
Categoría:		Subsidio:	-35	Facturas vencidas:	0
Unidades res.:	0	Volumen M :	0	Tasa de interés:	.50

ÚLTIMAS 6 FACTURAS

Factura 1 18,146	Factura 2 19,001	Factura 3 19,001
Factura 4 19,064	Factura 5 18,885	Factura 6 18,643

TONELADAS POR SUSCRIPTOR

	Mes Actual	Semestre 2		Mes Actual	Semestre 2
TRBL	0.004336	[illegible]983	TRNA	0.035951	0.039480
TRLU	0.001342	[illegible]511	TAFA	0	0
TRRA	0.000175	0.0[illegible]987	TAFNA	0	0
TRA	0.020953	0.000215			

DATOS DE LA LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Costo Fijo	Costo Variable	VBA
17,375	180,517	162,225

LIQUIDACIÓN SERVICIO ASEO

Concepto	Valor
Tarifa	28,322
Subsidio/Contribucion	-9,913
Ajustes	305
TOTAL LIQUIDACIÓN ASEO:	18714

LIQUIDACIÓN OTROS SERVICIOS

Valor antes de IVA	IVA
0	0
TOTAL OTROS SERVICIOS:	$0

FINANCIACIÓN

N° cuotas pendientes	Saldo Financiación
0	0
Valor cuota - Financiación $0	TOTAL A PAGAR BIOAGRÍCOLA $18,714

El item de descuento corresponde a la devolución resolución N°SSPD 201 144002678 del 14/09/11 y descuentos puerta a puerta p[illegible]s que apliquen.

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-NOV-2023	28-NOV-2023	$38,560

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente	Codigo Bioagricola	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
207904462	999999210033	27-NOV-2023	$38,560

Impreso por: Gilpapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 63051

4157709998002449802002079044623900000038560

PERÍODO FACTURADO 12-10-2023/10-11-2023

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
EMSA

615

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Samuel Antonio Salgado					
Fecha y lugar de nacimiento:		08 - Mayo 1941					
Edad:	84	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		3216750			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	AS
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Calle 37c 40 95						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3206715905	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luz Estela Bejarano		
Relacion con el adulto mayor:	Sobrina		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	1118639666		
Telefono:	3206715905	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

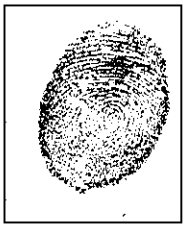
No Firma.

Firma del adulto mayor

Nombre: Samuel Antonio Salgado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Santa Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Santa Reyes

Cargo Aux Enfermeria

816

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.216.750**

SALGADO

APELLIDOS

SAMUEL ANTONIO

NOMBRES

Samuel Salgado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1937**

UBALA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-FEB-1960 UBALA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00298125-M-0003216750-20110504 0026849073A 1 36433290

817

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001078655200000037

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SAMUEL ANTONIO

Apellidos: SALGADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3216750

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/10/2025

Última actualización ciudadano: 12/10/2025

Última actualización vía registros administrativos: 26/08/2025

***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: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

8/8

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3216750
NOMBRES	SAMUEL ANTONIO
APELLIDOS	SALGADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:29:50	**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".

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

819

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

206771841

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-11 10:51 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-11 10:55 | CUDE |

Suscriptor: SAMUEL ANTONIO SALGADO
Dirección: CL 37C 40 95 BRR SAN JOSE
Ciudad: Villavicencio

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

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 18868 — Lectura Actual 18926
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Liquidación del consumo de energía
439,57 (Valor kWh con SUBS) x 56 (Consumo en kWh) $26,975

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (45%) $52,045
Valor porcentaje de SUBSIDIO $-23,570
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $26,975
OTROS CONCEPTOS $1,055
Impuesto AP $2
Ajuste a la Decena

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 99
Documento No. DES4650006
Ultimo Pago: 532550 12-09-25
Periodo Facturado: 09-09-2025/09-10-2025

SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS $1,055

MARCA CONTADOR (M)	NÚMERO (S)
HOL	071063528

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-OCT-2025 10:10

ESTRATO		ZONA	
CLASE		CÓDIGO CIIU	
		CICLO	
		ESTADO DEL PREDIO	

Indicadores de calidad			
CÓD Circuito			
CÓD Transformador	VR213	(NC) Fases Comprometidas	
Grupo de calidad	VIT1650	(VC) Veces a comprometer	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	13	(CIC) Consumo afectado a comprometer	0
(FIU) Máximo total de interrupciones	2.517	(%I) Porcentaje de afectación del cargo	97
(DIU) Meta por duración	12	(CU) Cargo de Distribución	20
	21.64	(FIU) Meta por Frecuencia	180.72
	V/r a Compensar $		00

Facturación	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.66
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R		464.3			177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-OCT-2025	21-OCT-2025	$30,030

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN RODRIGUEZ
FIRMA GERENTE

PAGADO

COPIA
CANCELADO
14 OCT 2025

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012536 de DIC.14-20 (DIAN) - AGENTE AUTORRETENCIÓN RES No. 6138 / Enero-28-2008
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Electrificadora del Meta SA. Nit 892.002.210-6. SWDE-EMSA

820

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025	**FORMATO ACTAS DE REUNIÓN** CONTRATO 2121 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025 NIT. 901.999.838-0	

Fecha: 27-10-25	Centro Vida: San José
Hora de inicio: 8:00 am	Hora de Terminación: 9:00 am
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Samuel Antonio Salgado	Beneficiario
2. Lcda Adriana Brito Hoyos	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR:
Identificación de Riesgo y Condición de Vulnerabilidad del Adulto Mayor.

DESARROLLO:
Se identifica que el Adulto Samuel Antonio Salgado Convive con su hijo, quien no Posee una Estabilidad Económica desde aproximadamente un año, no cuentan Con ingresos, relata que sólo se abastece de los recursos que le Proporciona el Centro Vida, no Cuentan Con red de Apoyo adicional, se evidencia Riesgo de Pobreza

COMPROMISOS:

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Lcda Adriana Brito Hoyos. NOMBRE: Lcda Adriana Brito H. IDENTIFICACION: 1121.847.322. CARGO: Psicologa.	FIRMA O HUELLA: NOMBRE: Samuel Antonio Salgado IDENTIFICACION: 3.216.750.

821

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** San José

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Teresa Pineros
Fecha y lugar de nacimiento:	15 octubre 1932 Viota Cundinamarca
Edad: 93	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 20494769

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

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

Dirección:	Cl 39 Bis - 46 - 17				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San José
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3115858988

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

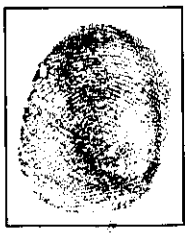
Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	X	
Copia de la consulta de SISBEN	X	
Copia de consulta en ADRES	X	
Copia de recibo público	X	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



No Firmo

Firma del adulto mayor

Nombre: Teresa Piñeros

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.494.769**

PIÑEROS

APELLIDOS

TERESA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1932**

VIOTA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1533100-00191058-F-0020494769-20091028 0017514933A 1 24428890

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500010591249200000002

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA

Apellidos: PIÑEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20494769

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/04/2021

Última actualización ciudadano: 09/04/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

824

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	20494769
NOMBRES	TERESA
APELLIDOS	PIÑEROS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:11:43	**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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

Zona: A | Ciclo: 05 | Ruta: 0501 | Orden: 146

825

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34154279
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

DEE: SETT1773787

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente DEE

DATOS DEL USUARIO

BELLO OSTOS JOHANA ANDREA
C 39BIS 40 17
LOS LIBERTADORES VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010012000001550015500000001
Clase de uso: RESIDENCIAL Estrato 1
Unidades residenciales:
Unidades no residenciales: ZA - 9906

Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente alterna?

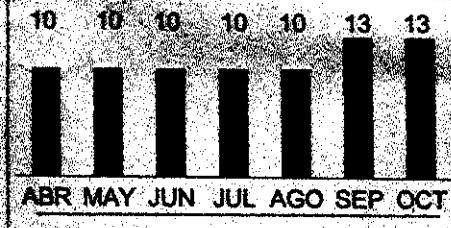
Fecha de suspensión 15-10-2025

DATOS DE CONSUMO

16-08-2025 - 15-09-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo AQU	Consumo ALC
			13 m3	13 m3

SIN MEDIDOR — Método: PROMEDIO DEL ESTRATO



Promedio mes: 11 m3

Observación lectura: Promedio por Estrato

DETALLE DE LA FACTURACIÓN

DESCRIPCIÓN		Cant. m3	Tarifa $ por m3	Valor Básico	Valor Subsidio $	Valor Aporte $	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06	5.188,30	0	2.672,76
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	13	2.507,01	32.591,13	21.510,15	0	11.080,98
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
				40.452,19		0	13.753,74
CARGO FIJO AL		1	0	0	0	0	0
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	0	0	0	0	0	0
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	0	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	0	0	0	0	0
TOTAL							

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	-3,74
SUBTOTAL OTROS	

TOTAL A PAGAR

$ 13.750

PAGUE HASTA

10-OCT-2025

Este factura incluye tasas retributivas por tasas destinados a autoridades ambientales (Ley 99/1993)

Acueducto (tasa por uso) 4.37 por m3

Alcantarillado (Tasa retributiva) 146.42 por m3

INFORMACIÓN DE NOVEDADES

CARTERA EN INVESTIGACION
PROCESO COACTIVO

Tipo Facturación	Estratificación	Saldo a la fecha	Cuotas faltan

CANCELADO 15 OCT 2025

CUDE: b3827[illegible]4f2fa1d3 2025-10-01T11:20:23 Transmisión: 2025-10-02T18:34:58

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad
debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0,
que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94.

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO:

Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y GENERARÁ COBRO DE SUSPENSIÓN Y DE REINSTALACIÓN.
De acuerdo con el Art. 54 de la ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.



Realiza tus trámites sin salir de casa

608 681 8080

Podrás realizar:
- PQR's
- Reporte de Daños
- Información General
- Solicitudes de Asistencia Técnica

Puntos de pago

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

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

Impreso por Siigo Nube SAS NIT 900.208.084-2 5017
Desarrollado por Software Facturación Electrónica C & C NIT 860.028.580-2 Software Factura

826

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

Fecha:	25	Mes	Año	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mayerli Jimenez Angel						
Fecha y lugar de nacimiento:	03 Septiembre 1956 Acacias Meta						
Edad:	69	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	21235710				

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

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

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

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

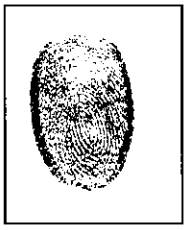
Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

Mi Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Maverli Jimenez Angel

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

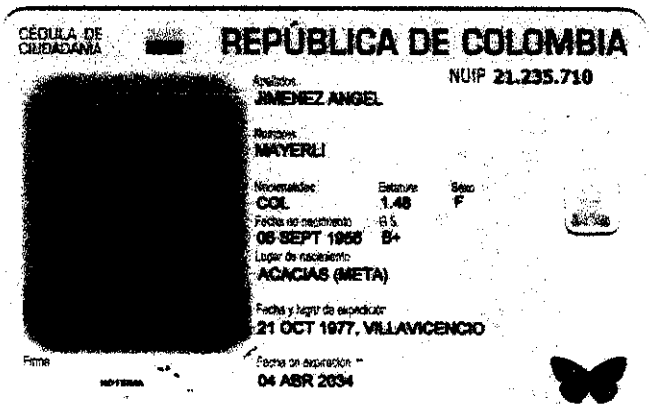
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 21.235.710

Apellidos
JIMENEZ ANGEL

Nombres
MAYERLI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.48

Sexo
F

Fecha de nacimiento
08 SEPT 1956

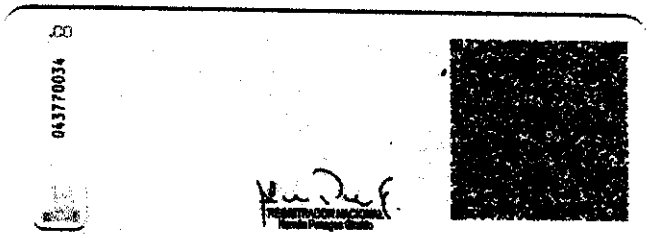
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
ACACIAS (META)

Fecha y lugar de expedición
21 OCT 1977, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración **
04 ABR 2034


.CO

0437700034

ICCOL0437700348520O1<<<<<<<<<<
5609062F3404045COL21235710<<<9
JIMENEZ<ANGEL<<MAYERLI<<<<<<<<

828

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C4

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 500010941460400019298

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MAYERLI

Apellidos: JIMENEZ ANGEL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21235710

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/03/2023

Última actualización ciudadano: 28/03/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

87

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21235710
NOMBRES	MAYERLI
APELLIDOS	JIMENEZ ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:12:26	Estación de origen:	192.168.70.220

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

10622

207872344

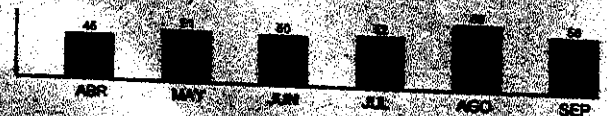
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | [redacted] | FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN [redacted] | CUDE | [redacted]

Suscriptor: VICTOR MANUEL RIVEROS

Dirección: CL 39A 46 52 BRR LIBERTADORES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 11492
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11538
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 53
Documento No.: DES4250365
Facturas Atrasadas

Ultimo Pago: $48070 14-08-25
Periodo Facturado: 09-08-2025/08-09-2025
Ruta: 21-2112404785

[redacted]			

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 10-SEP-2025 15:08

ESTRATO	1	Zona		CICLO	4
CLASE	RESIDENCIAL	Código Circ		ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

[redacted]			

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	68.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.85
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.71	Costo de comercialización	C $	156.51
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel ( )			CU=G+T+D+O+PR+R		868.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,88%

Subsidio FOES

Consumo KWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

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

[redacted]

Subsidio aplicado a la energía
368,9 (Valor kWh con SUBS)x 55 (Consumo en kWh) $22.396

VALOR NETO: $50,335
Porcentaje de SUBSIDIO (59%) $-27,867
Valor porcentaje de SUBSIDIO $22,396
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $503

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $-1
Ajuste A la Decena $-1

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-1

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $22,840

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PASAR
19-SEP-2025	20-SEP-2025	$22,840

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

[redacted]

(415)7709998002449(8020)0207872344(3900)0000022840

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES. 0170 DE DIC.14-2010 AGENTE AUTORETENEDOR RES No. 0[illegible] DE [illegible]
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

Fecha:	25 Día	10 Mes	Año	Centro Vida:	San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Otto Verner Prieto Segura
Fecha y lugar de nacimiento:	21 Octubre 1961

Edad: 64 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 17321712

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

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

Dirección:	Calle 37A 38-37				
Municipio:	Ullaviceno	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Jose
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	No tiene

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Federico Prieto
Relacion con el adulto mayor:	Hermano
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 3115853024	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

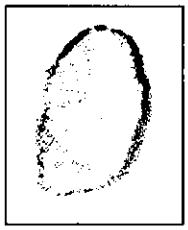
NO Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Otto Werner Prieto Segura

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

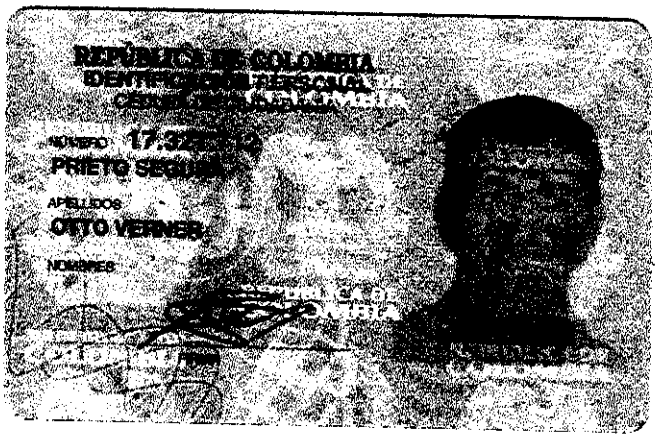


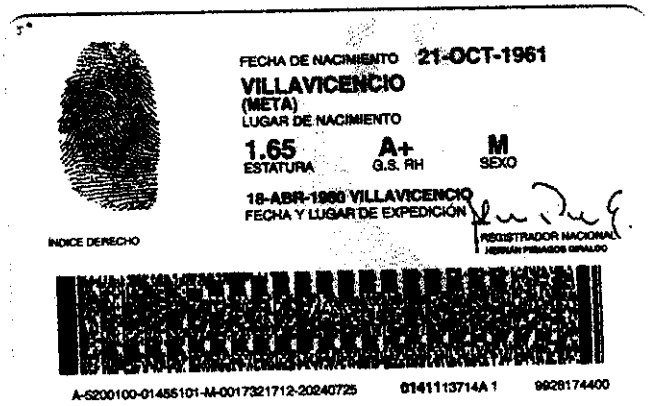
Santa Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Santa Reyes

Cargo Auxiliar Enfermeria


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NÚMERO 17.32
PRIETO SEGU
APELLIDOS
OTTO VERNER
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1961
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-ABR-1980 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-01455101-M-0017321712-20240725
0141113714A 1
9926174400

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011651876700003887

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OTTO VERNER

Apellidos: PRIETO SEGURA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17321712

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/05/2025

Última actualización ciudadano: 16/05/2025

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

¡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	17321712
NOMBRES	OTTO VERNER
APELLIDOS	PRIETO SEGURA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/08/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 07:06:26	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

206816189

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

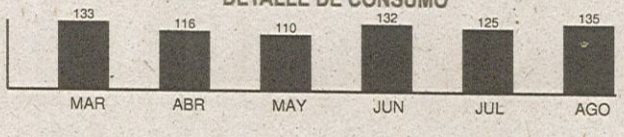
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-08-11 09:32	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-08-11 09:51	CUDE	f9024345d39b87c87dadb4f530b627251a1e94861b9ce70d89f1c69f97750c09357cb1f912b5106add3d00c0812e657e

Suscriptor: PEDRO PABLO VELEZ

Dirección: CL 37A 38 37 BRR SAN JOSE

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 36965 Lectura Actual 37100
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 123
Documento No.: DES3816334
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $50810 17-07-25
Periodo Facturado: 10-07-2025/08-08-2025
Ruta: 21-2112300848

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060610348	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-AGO-2025 10:08

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT15610	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	132
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.67	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	10	(Dt) Cargo de Distribución	195.21
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $ 0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.65	Perdidas reconocidas	PR $	58.2
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	53.84	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	15.48
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.83	Costo de comercialización	C $	158.94
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		865.94			
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
397.81 (Valor kWh con SUBS) x 135 (Consumo en kWh)	$53,704
VALOR NETO:	$116,902
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-63,198
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$53,704
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,169
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,169
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$54,870

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
22-AGO-2025	23-AGO-2025	$54,870

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 21-2112300848	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-07-2025/08-08-2025		206816189	22-AGO-2025	$54,870

(415)7709998002449(8020)0206816189(3900)0000054870

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 6028 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio
Electrificadora del Meta SA, Nit. 892.002.210-6, SWDE-EMSA

836

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luz Mila Turriago Villalobos						
Fecha y lugar de nacimiento:	27-10-1962. Fomeque.						
Edad:	53	Identificación: CC TI RC TE CE PP Número:	40389281				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	SAnitas.
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cll 37 # 39A-82.					
Municipio:	Villavicencio	Estrato:	1	Barrio:	San Jose'	
Zona:	Rural		Urbano	X	Telefono:	3132282938

2. ACUDIENTE

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

837

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Luz Mila Turriago Villalobos

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux de enfermeria

838


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.380.281

Apellidos
TURRIAGO VILLALOBOS

Nombres
LUZ MILA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 SEPT 1962

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FOMEQUE (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUN 1985, VILLAVICENCIO

Firma
Luz Mila Turriago

Fecha de expiración
23 OCT 2033


.CO

033004941

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL033004941252001<<<<<<<<<<<
6209274F3310230COL40380281<<<2
TURRIAGO<VILLALOBOS<<LUZ<MILA<

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B7

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 50001105651500000102

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ MILA

Apellidos: TURRIAGO VILLALOBOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40380281

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/06/2024

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.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
- ICETEX
- 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

840

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	40380281
NOMBRES	LUZ MILA
APELLIDOS	TURRIAGO VILLALOBOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:14:12	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

6192

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

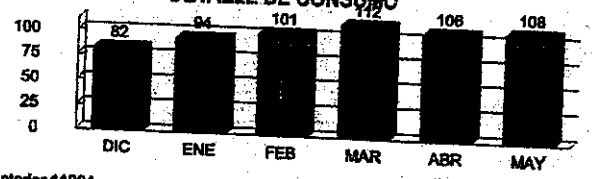
CHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-12 14:43 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-12 19:00 | CUDE | fa40b6917ee05b7324e7c1bedd679b408665d92c2fec8e689ea6fc926600d8e6ba519305899eb64d47591dc3de0bec30

scriptor: LUIS ERNESTO GARCIA

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

idad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
ectura Anterior 11881
co de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11989
Anomalia 0

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

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

VALOR NETO:	$42,501
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	$95,346
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-52,845
Impuesto AP	$42,501
OTROS CONCEPTOS:	$953
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS:	$953
Ajuste A la Decena	$-4

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 95
Documento No.: DE52634831
Facturas Atrasadas: 0

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

Información técnica

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

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

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

Indicadores de calidad

culto	VIU213	(HC) Horas Compensadas	0
rsformador	VIT165U	(VC) Veces a compensar	0
calidad	T3	(CSC) Consumo estimado a compensar	112
ración en horas de Interrupciones	3.073	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	20
nero total de interrupciones	14	(D) Cargo de Distribución	202.58
ata por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $	0	

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
energía al generador	G $	303.41	Pérdidas reconocidas	PR $	58.82
te en el sistema de ón nacional	T $	62.2	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.57
e en el sistema de ón local	D $	269.61	Costo de comercialización	C $	144.23
tal Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					882.84
oratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,55%

Subsidio FOES

kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

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

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

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

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

Pague antes de | Suspensión desde | TOTAL A PAGAR
23-MAY-2025 | 24-MAY-2025 | $43,450
Ruta: 21-2112301433
12107 1407

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

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

El presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) para todos los efectos legales, una vez transcurra (10) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento

UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025	**FORMATO ACTAS DE REUNIÓN** CONTRATO 2121 DE 2025 UNIÓN TEMPORAL ADULTO MAYOR 2025 NIT. 901.999.838-0	

Fecha: 27-10-25	Centro Vida: San José
Hora de inicio: 8:00 am	Hora de Terminación: 9:00 am.
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Luz Mila Tornago Villalobos	Beneficario
2. Luz Adriana Brito Hoyos	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR:
Identificación de Riesgos y Condicion de Volnerabilidad del Adulto Mayor Postulado.

DESARROLLO:
Se identifica que la Señora Luz Mila Tornago Villalobos Convive Sola, cuenta Con un diagnostico de Hipertensión medicada con losartan, refiere que aunque sus hijos estan Pendientes, no le pueden Colaborar económicamente Con la Alimentacion, ni con el Pago de Servicios. Se encuentra en en Riesgo de Pobreza moderada.

COMPROMISOS:

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Luz Adriana Brito Hoyos.	FIRMA O HUELLA:
NOMBRE: Luz Adriana Brito H.	NOMBRE: Luz Mila Tornago.
IDENTIFICACION: 1121.847.322	IDENTIFICACION: 40.380.281.
CARGO: Psicologa.	

843

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

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

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Teresa de Jesus Hernandez de Herrero
Fecha y lugar de nacimiento:	07-10-1942 Caqueza Cundinamarca
Edad: 83	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**

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

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

Dirección:	Cra 32A 26A 18-20 Maizaro					
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	Maizaro	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3118639666

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Hugo Hernandez		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	86072527		
Telefono:	3118639666	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

Teresa H

Firma del adulto mayor

Nombre: Teresa de Jesus Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Auxiliar en enfermeria

844

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.221.020

HERNANDEZ DE HERRERA
APELLIDOS

TERESA DE JESUS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1942
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-AGO-1968 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPE

A-5200100-69145531-F-0021221020-20000614 04574 00223A 03 180863725

3115645745

845

Sisbén

Fecha de consulta:	**24/10/2025**
Ficha:	**50001090652600000525**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: TERESA DE JESUS

Apellidos: HERNANDEZ DE HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21221020

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**03/08/2024**
Última actualización ciudadano:	**03/08/2024**
Última actualización via registros administrativos:	**25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**YOLANDA COY HERNANDEZ**
Dirección:	**Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**
Teléfono:	**3208559257**
Correo Electrónico:	**sisben@villavicencio.gov.co**

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21221020
NOMBRES	TERESA DE JESUS
APELLIDOS	HERNANDEZ DE HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 07:42:52	**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

Redeban

OCT 09 2025 11:54:20 REMDES 9.90

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
ARRIO CENTRO VILLAVICE
CL 38 A N 29 A 29 LOCAL
C.UNICO: 3007053389 TER: 11002490
RECIBO: 072444 RRN: 073059
RECAUDO APRO: 368877
CONVENIO: 40119
ELECTRIFICADORA DEL
REF: 0154559903

VALOR $ 17.580

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos comuníquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

www.electrificadoradelmeta.com

154559903

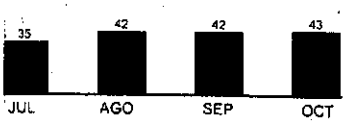
de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar ión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual rponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la ra del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En brecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en omento".

FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN		CUDE
1:28	2025-10-06 11:34	4ff277e8218e23e894c7bcbb3684d89cb4431503db686972d156f9ed056f18fd82806e99d3200eb5e104bcaa7a8a0ce9

IANDEZ DE HERRERA

IARCOS

LLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 20005
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 20048
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
399,64 (Valor kWh con SUBS) x 43 (Consumo en kWh) $17,185

VALOR NETO: $39,030
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)
Valor porcentaje de SUBSIDIO $-21,846
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $17,185
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $390
Ajuste a la Decena $5

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $395

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $17,580

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 40
Documento No.: DES4539447
Lecturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $17130 06-09-25
Periodo Facturado: 03-09-2025/03-10-2025
Ruta: 6-604100475

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060309960	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-OCT-2025 01:10

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	2
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0206	(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	VIT2	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	076	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	42
(FIU) Número total de interrupciones	1	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	21.54	(FIUG) Meta por Frecuencia	198.25
V/r a Compensar $			20

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Pérdidas reconocidas	PR $	58.88
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	36.41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					907.68
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-OCT-2025	16-OCT-2025	$17,580

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
03-09-2025/03-10-2025	Ruta: 6-604100475	154559903	15-OCT-2025	$17,580

(415)7709998002449(8020)0154559903(3900)0000017580

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012535 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) para todos los efectos legales y fiscales

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

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

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Tul Emma Romero Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	03 Enero 1956 Villavicencio
Edad: 64	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21 257 312

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)	X			Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 37D - 27D - 19				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	la Isla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3229093711

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma



Firma del adulto mayor

Nombre: Tul Emma Romero Rodriguez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

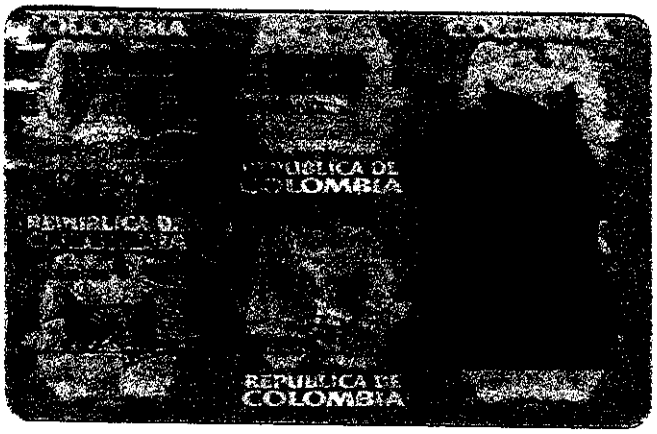
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

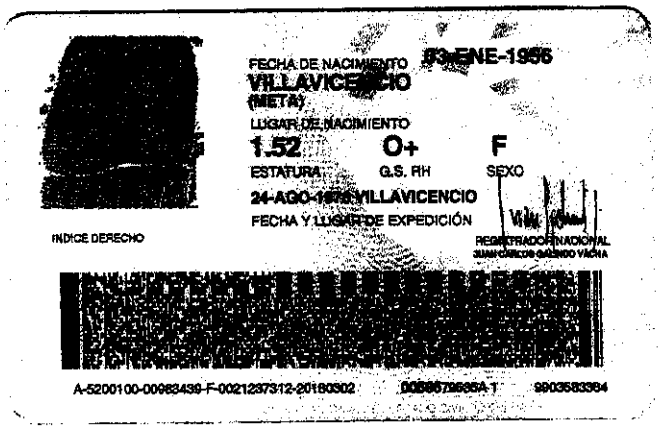
Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Reyes

Cargo Aux Enfermeria


REPUBLICA DE
COLOMBIA
REPUBLICA DE
COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1956
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
24-AGO-1
VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-00983439-F-0021237312-20180302
9903583364

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

85°

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 500012611249200000003

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: TUL EMMA

Apellidos: ROMERO RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21237312

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/06/2025

Última actualización ciudadano: 24/06/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	**21237312**
NOMBRES	TUL EMMA
APELLIDOS	**ROMERO RODRIGUEZ**
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	**META**
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/03/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/25/2025 14:36:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

10372

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (Solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

208062018

1/1

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

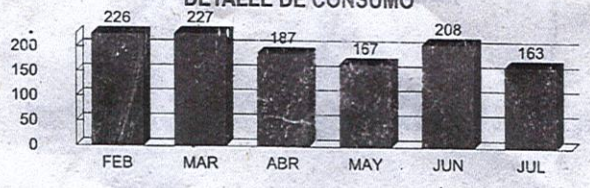
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-07-12 08:09 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-12 08:27 | CUDE | ff85a813ec8a978258bc9a95cb28c7f0590bd302ed59e9f7d715e754f08048a65426782a9eb37fd783c955ed322ce08

Suscriptor: LIBORIO RUIZ

Dirección: CL 37D 27B 19 COLINA BRR LA ISLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 27910
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 28073
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 208
Documento No.: DES3433870
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $100380 28-06-25
Periodo Facturado: 10-06-2025/09-07-2025
Ruta: 21-2112403335

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
397.39 (Valor kWh con SUBS) x 163 (Consumo en kWh)	$64,775
VALOR NETO:	$147,929
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-83,154
SUBTOTAL VALOR CONSUMO:	$64,774
Impuesto AP	$1,479
OTROS CONCEPTOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,479
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$66,250

COTREM
28 JUL 2025

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071039973	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-JUL-2025 09:07

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0213	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT135	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	167
(DIU) Duración en horas de interrupciones	2.67	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	10	(Dt) Cargo de Distribución	197.66
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	305.5	Perdidas reconocidas	PR $	57.16
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	54.69	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	83.14
Transporte en el sistema de distribución local	D $	255.59	Costo de comercialización	C $	151.46
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		907.54			

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
22-JUL-2025	23-JUL-2025	$66,250

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Electrificadora del Meta SA, Nit 892.002.210-6, SWDE-EMSA
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

893

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

Fecha: 05 | MAO | 2025 **Centro Vida:** San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Martin Alvaro Castellanos Guerrero						
Fecha y lugar de nacimiento:	14-04-1953 Villavicencio						
Edad:		**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	13827262				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binarie		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Clle 39 #10-38						
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	los libertadores		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3219097244	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Martin Alvaro Castellanos Gonzalez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

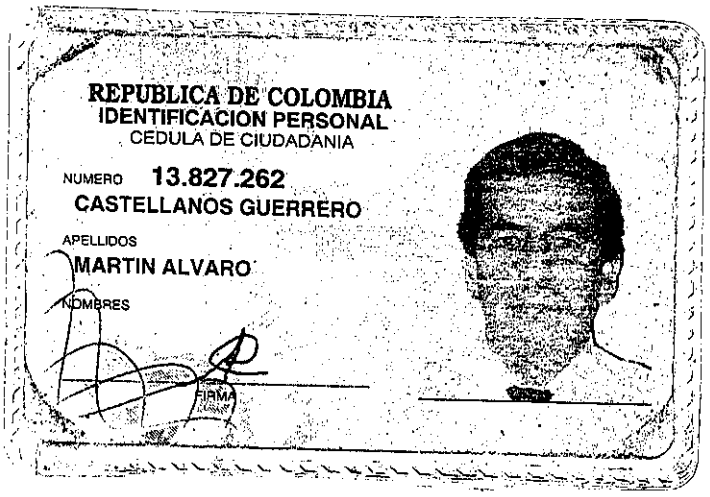
Sonia Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sonia Reyes

Cargo Aux Enfermera

85



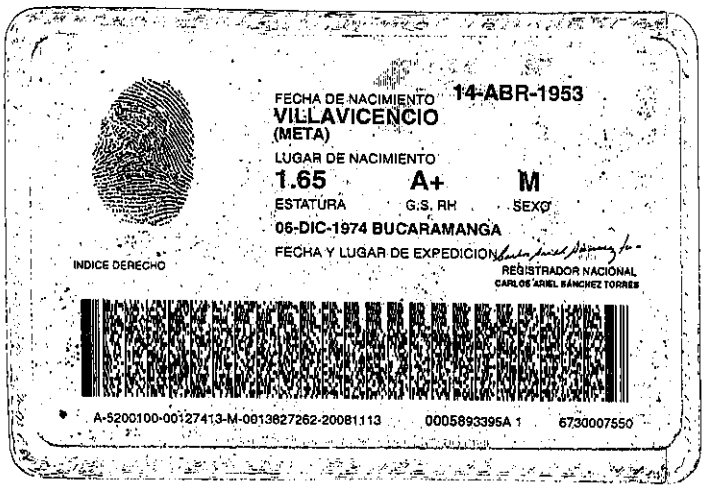
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.827.262
CASTELLANOS GUERRERO

APELLIDOS
MARTIN ALVARO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1953
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-DIC-1974 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00127413-M-0013627262-20081113 0005893395A 1 6730007550

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 500011301460500011207

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTIN ALVARO

Apellidos: CASTELLANOS GUERRERO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13827262

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/06/2025

Última actualización ciudadano: 12/06/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

856

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	13827262
NOMBRES	MARTIN ALVARO
APELLIDOS	CASTELLANOS GUERRERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	03/07/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:15:09	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

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34154277
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

008519
Código de usuario

DEE: SETT1773770

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente DEE

GONZALEZ VELAZAN OLGA ESPERANZA
C 39 41B 38
LOS LIBERTADORES VILLAVICENCIO
Cédula catastral: **500010012000001850001000000000**
Clase de uso: **RESIDENCIAL** Estrato 1
Unidades residenciales:
Unidades no residenciales: ZA - 9904

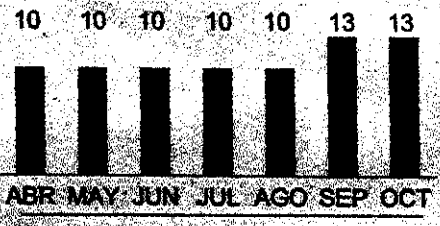
Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente externa?

Fecha de suspensión **15-10-2025**

16-08-2025 - 15-09-2025

Lectura anterior	Lectura actual	Días Liquidados	Consumo ACU	Consumo ALC
			13 m3	13 m3

SIN MEDIDOR — Método: PROMEDIO DEL ESTRATO



Promedio tres: 11 m3

DESCRIPCIÓN		Días Mes	Cargo (pesos)	Cobro Mes	Subsidios/Contribuciones Valor	Mes Anterior Mora	Valor a Pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06	5.188,30	0	2.672,76
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	13	2.507,01	32.591,13	21.510,15	0	11.080,98
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0	0	0	0
						0	13.753,74
CARGO FIJO AL		1	0	0	0	0	0
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	0	0	0	0	0	0
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	0	0	0	0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	0	0	0	0	0
						0	0
TOTAL NETO						0	

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	2,52
INTERESES POR MORA AC	8,06
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-1.222,33
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.222,33

TOTAL A PAGAR
$ **12.540**

PAGUE HASTA
10-OCT-2025

Esta factura incluye montos cobrados por tasas ambientales (Ley 99/1993)
Acueducto (tasa por uso) 4.37 por m3
Alcantarillado (Tasa retributiva) 146.42 por m3

		Plan de financiación	Valor inicial	Saldo a la fecha	Cuotas faltan
CARTERA EN INVESTIGACION	0				
PROCESO COACTIVO	0				

CUDE: fd912a041e048aa0c2b2f32c488915e808a08ec2722c8c6a68fd8e814f8f2f4653247dbb37cb77685b2c7e40bd6836e48a Generación: 2025-10-01T11:20:23 Transmisión: 2025-10-02T18:34:50

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad
debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0,
que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquia.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94.

AUGUSTO ALEJANDRO AMAYA PINZON
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO:
Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y GENERARÁ COBRO DE SUSPENSIÓN Y DE REINSTALACIÓN.
De acuerdo con el Art. 54 de la ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.



Realiza tus trámites sin salir de casa
608 681 8080
Podrás realizar:
- PQR's
- Reporte de Daños
- Información General
- Solicitudes de Asistencia Técnica

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

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

eaav

Código de usuario
008519
Factura de servicios públicos No.
34154277

(415)7709998000414(8020)34154277(3900)0000012540(96)20251010

Pague hasta	Total a pagar
10-OCT-2025	**12.540**

ESPACIO PARA SELLO DEL BANCO O REGISTRO DE PAGO ELECTRÓNICO

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

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

Fecha: 23 | 10 | 2025 Centro Vida: San Jose

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Leonor Bermudez
Fecha y lugar de nacimiento:	08-NOV-1956 Guadas

Edad: | **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 52870668

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

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

Dirección:	Villavicencio - Cra 38-40-47 B Colinas				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Barrio Colinas
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3115645745

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Leonor Bermudez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Sandra Reyes

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Sandra Milena Reyes

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.870.868

BERMUDEZ
APELLIDOS

LEONOR
NOMBRES

Leonor Bermudez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1956
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00564635-F-0052870868-20140318 0037840721A 1 42316557

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

86

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 25/10/2025

Ficha: 500010921463500013299

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEONOR

Apellidos: BERMUDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 52870668

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/11/2023

Última actualización ciudadano: 19/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

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

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

86

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52870668
NOMBRES	LEONOR
APELLIDOS	BERMUDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/25/2025 12:16:06	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

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emsa

NIT. 892902210-6

207986108

"El no pago de la factura de energía en las fechas establecidas genera intereses de mora a la máxima tasa permitida por la ley. Evite este cobro pagando a tiempo. Si usted no recibió oportunamente su factura, repórtelo a nuestra línea de atención. Para la verificación de la(s) PQR ante SUI ESP diligite de los números 1 y 2 de la numeración del recibo y del producto de operación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. En caso de suspensión, se cobrará únicamente la reconexión del servicio por valor vigente en cualquier momento."

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN | 2025-08-11 08:05 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | [illegible] | CUDE | 61f728d0274487f5f4d0f3d9b570d2286b634d03be80cd4e1228e7a3d088acf1918ce7732f6bdd963ad0086a2f59

Suscriptor: MARIA L MORENA

Dirección: CR 38 40 47 MZ 8 CS 6 BRR COLINAS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(4) A-S Lectura Anterior 13352
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 13491
Anomalia 0

DATOS DE FACTURACIÓN			
VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO CORTE ANTERIOR	$0

Liquidación del consumo de energía:
267,81 (Valor kWh con SUBS) x 139 (Consumo en kWh) $35,299

VALOR NETO	
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	$120,365
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-65,079
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$55,286
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,204

Documento Nro.: DES3617396
Facturas Anteriores: 0

MARCA CONTADOR (S/N)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	90166793	1

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $1,204

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 11-AGO-2025 10:05

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

Cod Cuenta	VR3213	[illegible]	0
[illegible]	VIT1408	[illegible]	0
[illegible]	19	[illegible]	169
[illegible]	2.67	[illegible]	20
[illegible]	19	[illegible]	VR2.91
[illegible]	26.62	[illegible]	26

Vlr a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
[illegible]	6.51	318.6%	Partidas reconectas	PRS	68.2
[illegible]	7.5	53.04	[illegible]	OS	15.48
[illegible]	0.5	265.83	Costo de comercialización	CS	158.94
Total Cxc Calculado(Cmg 119-07) (consumo) Rind(1) CS=$cT+O+Cm*R+I					885.94
[illegible]		0.65%	[illegible]		1.88%

Concepto kWh	Vr. Unitario kW	Medida	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $56,500

Detalle plan diferido

Concepto	Capital	Interese	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

22-AGO-2025	23-AGO-2025	$56,500

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BONORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
16-07-2025 AL 15-08-2025

Ruta: 21-2112484060

Código de barras	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
207986108	22-AGO-2025	$56,500

(415)7709998002449(8020)0207986108(8300)0000056500

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Resolución CREG 015 de 2018 Art. 2.2.1.3.2.4.2 (INTERRUMPIBLE) Res. 0097 Enero 24 2025 7118

Condiciones del Servicio SA. NIT. 892.202.210-6, SFMOS-EMSA