UNIÓN TEMPORAL
ADULTO
MAYOR
2025

1407

INSCRIPCIONES CENTRO VIDA PINILLA

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 FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alirio Mancera
Fecha y lugar de nacimiento:	03 junio 1933 Jenin Cimarca
Edad: 92	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 477656

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		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cle 25 18e-39				
Municipio:	Ulco	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3232412042

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Roberto Mancera
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 310 3420943	**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

Alipio Mancera

Firma del adulto mayor

Nombre: Alipio Mancera.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Galzon

Cargo Aux. de Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **477658**

MANCERA
APELLIDOS

ALIPIO
NOMBRES

Alipio Mancera
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1933**
JUNIN
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

10-SEP-1956 RESTREPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-5202000-99099671-M-0000477656-20020508 0025702128A 01 116243923

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1410

Registro válido

Fecha de consulta: 26/10/2025

Ficha: 500010981452500005201

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALIPIO

Apellidos: MANCERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 477656

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/02/2023

Última actualización ciudadano: 28/02/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	477656
NOMBRES	ALIPIO
APELLIDOS	MANCERA
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	04/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/26/2025 14:25:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

170962539

Si no paga oportunamente la factura se causarán intereses de mora hasta el momento del pago. Con el pago oportuno de esta factura se acredita el mes de consumo facturado. Los pagos deberán realizarse en efectivo o cheque de gerencia en las oficinas de la Electrificadora del Meta SA ESP ubicadas en la calle 36 No. 35-14 Barrio Barzal de Villavicencio, en los puntos habilitados por la empresa en el municipio de Acacías y en sucursal virtual PSE. Para el servicio de aseo, en las oficinas de Servicios Públicos de Acacías. En caso de aplicarse la sanción prevista en el artículo 96 de la Ley 142 de 1994 por el no pago oportuno de esta factura, el servicio de aseo será cobrado en esta factura.

FECHA Y HORA DE GENERACION: 2025-09-07 10:19 | FECHA Y HORA DE VALIDACION: [illegible] | CUDE: [illegible]

Suscriptor: ALIPIO MANCERA

Dirección: CL 25 18 E 39 MZ 19 CS 28 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: [illegible]

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 21505 | Lectura Actual 21562
Tipo de Lectura Con Lectura | Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 51
Documento No.: DES4181736
Facturas Atrasadas

Ultimo Pago: $24390 15-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: [illegible]

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-36682042	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO: 1	ZONA: Urbano	CICLO: 3	
CLASE: Residencial	CÓDIGO CIIU: RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO: ACTIVA	

Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	VIT1085	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	57
(DRU) Duración en horas de interrupciones	21.892	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(DI) Cargo de Distribución	199.66
(DRUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
V/r a Compensar $ 0			

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	398.6	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 $	265.71	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					898.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

[illegible] $22.7[illegible]

VALOR NETO $[illegible]
[illegible] de SUBSIDIO (56%) $[illegible]
[illegible] de SUBSIDIO $[illegible]
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $[illegible]
OTROS CONCEPTOS $[illegible]
[illegible] AP $[illegible]
[illegible] Garantía $[illegible]

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS $0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $23,250

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

17-SEP-2025	18-SEP-2025	**$23,250**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006331470

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
170962539	**17-SEP-2025**	**$23,250**

(415)7709998002449(8020)0170962539(3900)0000023250

emse

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14.2018 D.M. - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero 31/2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

Electrificadora del Meta S.A. E.S.P. NIT 822.000.275-6 SIGCE - VISA

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Amparo Rodriguez Jaramillo						
Fecha y lugar de nacimiento:	27 NOV 1964. Villavicencio.						
Edad:	61	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	40 385 443				

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		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caja COPI
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 23 sur 12-72				
Municipio:	Vicio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	314 448 5816

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Carlos Andres Rodriguez
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
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

Firma del adulto mayor

Nombre: Amparo Rodriguez Jaramillo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon.

Cargo Aux de Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

40.385.443

NUMERO

RODRIGUEZ JARAMILLO

APELLIDOS

AMPARO

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1964

VILLAVICENCIO

(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

30-ABR-1987 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-69147961-F-0040385443-20070329 01374 07088N 02 190606371

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 50001044745300002027

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: AMPARO

Apellidos: RODRIGUEZ JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40385443

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 12/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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	40385443
NOMBRES	AMPARO
APELLIDOS	RODRIGUEZ JARAMILLO
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	01/04/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/27/2025 14:49:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

297342815

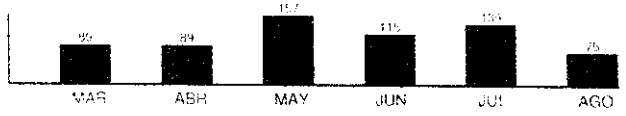
FECHA Y HORA DE EXPEDICION: 2025-08-08 15:49 FECHA Y HORA DE VALIDACION: 2025-08-08 16:03 CUFE: 92991f450cd1b17c...

Suscriptor: AMPARO RODRIGUEZ JARAMILLO

Dirección: CL 23 SUR 12 12 BRR LOS MARACOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 24140 — Lectura Actual 24215

Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 112

Documento No : DES3770639

Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $56500 17-07-25

Periodo Facturado: 07-07-2025 06-08-2025

Ruta: 10-1006555385

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	050365407	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 08 AGO 2025 07:26

ESTRATO: 1 — ZONA: — URBANO: — CICLO: 3

CLASE: Residencial — SUBCLASE: RESIDENCIAL — ESTADO DEL PRECIO: ACTIVA

Cod. Circuito	VT 0253	(HC) Horas Compensadas	0
COC: Transformador	VT 0263	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	115
(DES) Duración equivalente de interrupciones	18.43	(%) Porcentaje de descuento de energía	20
(FES) Número equivalente de interrupciones	51	(DC) Carga de Distribución	195.2
(DES) Mala presentación	26.92	(%) Otro Mercado Especial	25

Vlr a Compensar $ 0

CONCEPTO					
[illegible]	$	313.65		$	[illegible]
Energía [illegible]		[illegible]		$	[illegible]
[illegible]		[illegible]		$	[illegible]
[illegible]	$	265.83	[illegible]	$	156.94
Total Cuv Calculado(Cng 119-07) monomio Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					865.94
[illegible]		0.49%	Interes financiacion [illegible]		[illegible]

Consumo kWh | Vr Unitario kW | Factura | Valor | Restricción

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACION		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACION		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		MORA	
VALOR FINANCIACION			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACION	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía

39.81 Valor kWh con SUBSI 75 Consumo en kWh $29,806

VALOR NETO	$804.940
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-570.116
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$29.806
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$649
Ajuste a la Decena	$0
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $30.490

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

20-AGO-2025	21-AGO-2025	**$30,490**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
GERENTE

PERIODO FACTURADO

07-07-2025/06-08-2025

Ruta: 10-1006555385

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
297342815	**20-AGO-2025**	**$30,490**

(415)7709698000449(8020)029734281 5(3900)0000030490

1418

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Adelma Ramos Bogotiva
Fecha y lugar de nacimiento:	04 Junio 1965 San Juanito
Edad: 60	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40 380 461

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Sanitas Coosalud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:					
Municipio:		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3108540577

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Leidy Johanna Ortiz.
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3115186733	**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

Ana Adelma Ramos

Firma del adulto mayor

Nombre: Ana Adelma Ramos Gativa.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Nery Garzon

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.380.461
RAMOS GUATIVA
APELLIDOS
ANA ADELMA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1965
SAN JUANITO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUN-1985 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00570837-F-0040380461-20140508 0038394506A 1 6732855423

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1420

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001057746200002048

C5

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA ADELMA

Apellidos: RAMOS GUATIVA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40380461

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/08/2019

Última actualización ciudadano: 05/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	40380461
NOMBRES	ANA ADELMA
APELLIDOS	RAMOS GUATIVA
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:	10/24/2025 09:30:36	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona: E | Ciclo: 26 | Ruta: 2605 | Orden: 260

142

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

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34408609
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

066960
Código de usuario
Con éste se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

SETT2023256

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente de DEE

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

ORTIZ CONDE MILLER
C 22A 17 18ESTE MZ 24 CS 3 VILLAVICENCIO
MARCO ANTONIO PINILLA
Cédula catastral: 500010107000004450024500000001
Clase de uso: RESIDENCIAL
Estrato 1
Unidades residenciales:
Unidades no residenciales:
ZE - 20780

DATOS TÉCNICOS

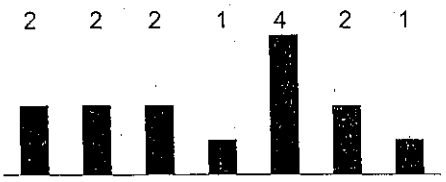
Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente alterna?
1710469549	1/2	28158	

Fecha de suspensión 24-11-2025

PERIODO DE CONSUMO: 25-09-2025 - 23-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1029	1028	1 m3	1	m3

Novedad de lectura: NORMAL | Método: DIFERENCIA DE LECTURAS



Promedio mes: 2 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	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	1	2.507,01	2.507,01		1.654,63		0	852,38
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
SUBTOTAL ACUEDUCTO				10.368,07		6.842,93		0	3.525,14
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33		4.373,38		0	2.252,95
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	1	2.636,59	2.636,59		1.740,15		0	896,44
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
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				9.262,92		6.113,53		0	3.149,38
TOTAL MES				19.630,99		12.956,45		0	6.674,54

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	4,37
(-) Devolucion a Inversiones ACU R287	-98,46
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-3.880,35
SUBTOTAL OTROS	$ -3.974,44

TOTAL A PAGAR
$ 6.580

Esta factura incluye estos valores por tasa destinados a autoridades ambientales (Ley 99/1993)
Acueducto (tasa por uso) por m3: 4,37
Alcantarillado (Tasa retributiva) por m3: 146,42

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación	Valor inicial	Saldo a la fecha	Cuotas fallan

20-NOV-2025

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

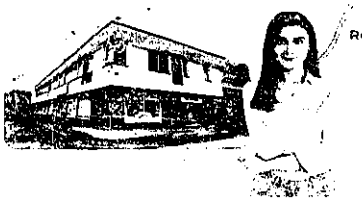
Generación: 2025-11-06T11:20:23
Transmisión: 2025-11-08T14:58:25

CUFE: 7d1c17aa013887250711f2d1ae80b7a4ebb0b5b584b5d7a9d27a2b0ffe452a77da815c334b057e66b8bfc0b0b0bd8

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 APONTE PINZON
GERENTE GENERAL



Realiza tus trámites sin salir de casa

¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

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
066960
Factura de servicios públicos No.
34408609

(415)7709998000414(8020)90066960(3900)0000006580(96)20251120

Pague hasta	Total a pagar
20-NOV-2025	**$ 6.580**

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Beatriz Ramos de Vargas						
Fecha y lugar de nacimiento:	22-Sep-1954 Cundinamarca						
Edad:	71	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 20 530 441					

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**	C16
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	C24-17 41 Este, Mz 24 Cs 60				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:** 318 795 2513

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Andrea Forero
Relacion con el adulto mayor:	Nieta
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 315 387 7848	**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

Ana Beatriz Ramos d Vargas

Firma del adulto mayor

Nombre: Ana Beatriz Ramos de Vargas.

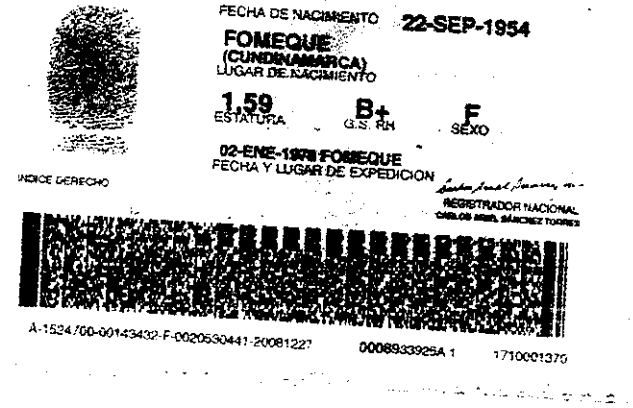
Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria



FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1954

FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

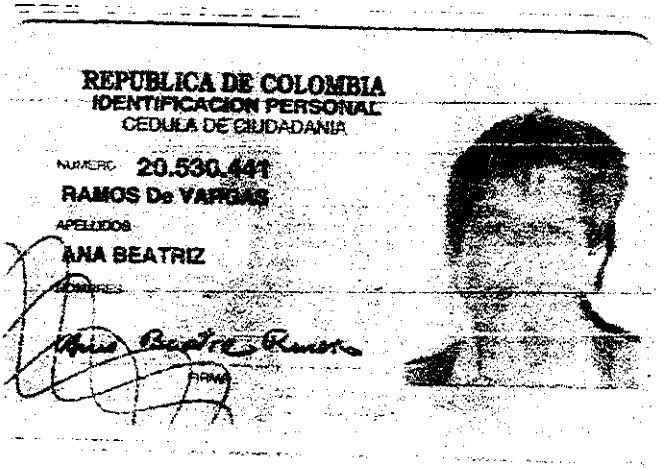
1.59 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

02-ENE-1978 FOMEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MEL. SÁNCHEZ TORRES

A-1524700-00143432-F-0020530441-20081227 0008933925A 1 1710001370



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.530.441

RAMOS De VARGAS
APELLIDOS

ANA BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1425

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001057746200002047

C16

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA BEATRIZ

Apellidos: RAMOS DE VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20530441

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/08/2019

Última actualización ciudadano: 11/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

1426

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	20530441
NOMBRES	ANA BEATRIZ
APELLIDOS	RAMOS DE VARGAS
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	27/01/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:39:01	**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".

1422

eaav

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

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	066989
FACTURA No.	33273588
PERÍODO FACTURADO:	26-02-2025 - 27-03-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
	0	2025-04-07T11:20:23 2025-04-07T12:12:23

DATOS DEL SUSCRIPTOR

VARGAS SABOGAL ANGEL MARIA
222222222222
C 24 17 41ESTE MZ 24 CS 19
MARCO ANTONIO PINILLA
ZE - 20430

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		24-04-2025

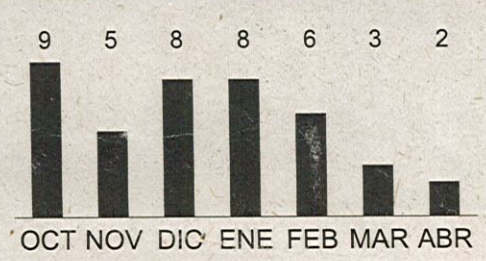
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
26	2605 260536800000 ORDEN 304	1/2	111501693	0

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 7

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
2824	2822	2	2

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	5.034,25	0	2.593,40
Consumo Basico	0 - 16	2	2.920,14	5.840,28	3.854,58	0	1.985,70
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					8.888,83	0	4.579,10
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	4.243,52	0	2.186,06
Consumo Basico	0 - 16	2	2.905,78	5.811,56	3.835,63	0	1.975,93
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				12.241,14	8.079,15	0	4.161,99
TOTAL MES				25.709,07	16.967,99	0	**8.741,08**

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	2,14
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-2.813,22
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-2.813,22
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	2,14

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV. SETT904744

pague a tiempo

PAGUE HASTA
22-ABR-2025

TOTAL A PAGAR
5.930

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 a6ffb5a554de7645e969ab81760fb2f88cbed92a4f397b274a55bca21b695aff565748b175a2ea1eec6e1391da31ea79

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

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
066989
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
33273588

(415)7709998000414(8020)33273588(3900)0000005930(96)20250422

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
22-ABR-2025	5.930

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: fact-e
Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

1428

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Aura María Bustos Alvarez
Fecha y lugar de nacimiento:	14 Julio 1955 Villeta Cundinamarca
Edad: 70	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21 236051

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	X	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**	Capita salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 23 17-54				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	321 439 2740

2. ACUDIENTE

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

Adulto Mayor manifiesta NO Tener Acudiente

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Aura Maria Bustos Alvarez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

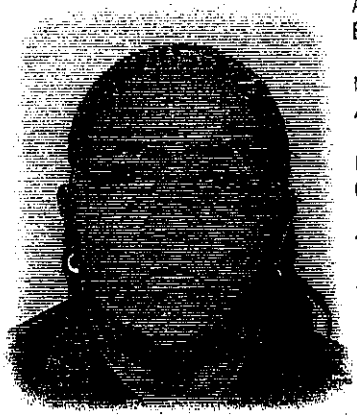
Cargo Aux de Enfermeria

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPUBLICA DE COLOMBIA

1429

NUIP 21.236.051



Apellidos
BUSTOS ALVAREZ

Nombres
AURA MARIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.40	F

Fecha de nacimiento
14 JUL 1955

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLETA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
19 DIC 1977, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
05 SEPT 2032

.CO

003335765

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL003335765052001<<<<<<<<<<<
5507146F3209055COL21236051<<<8
BUSTOS<ALVAREZ<<AURA<MARIA<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1430

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 17/11/2025

Ficha: 50001057746200002043

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: AURA MARIA

Apellidos: BUSTOS ALVAREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21236051

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/08/201

Última actualización ciudadano: 04/11/202

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANI

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

Teléfono: 3208559

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.go

4:36

nes.adres.gov.co

ADRES

IISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA G DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

ıación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en e General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

ión Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21236051
NOMBRES	AURA MARIA
APELLIDOS	BUSTOS ALVAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

afiliación :

	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	
)	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	08/09/2015	31/12/2999	

Fecha de Impresión:	10/24/2025 16:36:27	Estación de origen:	192.168.70.220

mación registrada en esta página es reflejo de lo reporta es del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cu esolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección S iones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa ota el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones as para el reporte y actualización de las bases de datos d era la Administradora de los Recursos del Sistema G ad Social en Salud - ADRES".

6

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
AURA	MARIA	BUSTOS	ALVAREZ

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: 21236051

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

DOMSALUD DEL META SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	5	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

900310945

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
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	10.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1 Codigos Funciones Corporales

b210.2

2 Codigos Estructuras Corporales

s220 472

3 Codigos Actividades y Participación

d570.2 d598.3 d879.2

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 de factura de servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com.co

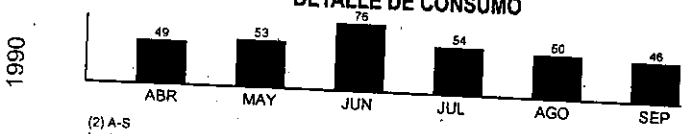
CÓDIGO DE CLIENTE
PRESENTE NÚMERO PARA CONSIGNACIÓN
366762360

Ruta: 10-1006574450 2142

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 09:51 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 09:52 | CUDE | 5c2055c1b97bc3aa6ba80388a8da9a1f9771c09d9f37a38952a79f1ab638e45b389fafd8e1f5df5ad6ba7eea55036946

Suscriptor: **HECTOR ELIAS DAZA URREGO**
Dirección: CL 23 17 54 E BRR MARCO ANTONIO AP 2
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 1690
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 1736
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 57
Documento No.: DES4178867
Facturas Atrasadas :0
Ultimo Pago: $46380 24-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006574450

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: 070671783002
DOCUMENTO No: 041315507

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784267 | 323 2540656 — Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua — LÍNEA DIRECTA 110

INFORMACIÓN REFERENTE

MARCA CONTADOR (ES)		NÚMERO (S)		FACTOR
	DIS	21169141		1
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	2025-09-07 09:51			
ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO 3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1738	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	54
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
V/r a Compensar $	0		

COSTO UNITARIO DE 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 (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					898.84
					898.84

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 46 (Consumo en kWh)

VALOR NETO:	$18,349
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$41,346
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$-22,997
	$18,349
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$413
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$413
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$18,760

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

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

DATOS GENERALES

Mes de facturación: AGOSTO
Uso: RESIDENCIAL
Und. residencial: 1
Und. no residencial: 0
Est/Cat: 1
Fr. recolección: 3
Fr. barrido: 2
Volumen M3: 0
Subsidio (%): -35
Contribución (%): 0
Tasa de interés: 0.10
Fact. vencidas: 0

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1 $26,057	MES 2 $25,747	MES 3 $24,877
MES 4 $25,012	MES 5 $48,689	MES 6 $23,441

Toneladas	Actual	Anterior
TRBL	0.002581	0.002581
TRLU	0.001471	0.001471
TRRA	0.000168	0.000168
TRA	0.027444	0.026620
TRNA	0.037156	0.037156
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total: 25,745
Costo Variable no aprov: 190358.99
Aprovechamiento: 4719
Valor base aprovechamiento: 171946.7

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Cargo fijo:	$25,745
Cargo Variable:	$12,595
Subsidio/Contribucion	$-14,657
Devoluciones(-):	$0
Ajuste aprovechamiento:	$3,533
TOTAL ASEO:	$27,216

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 $27,216

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*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.

SC 1498-1 OS 117-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0				

Fecha de Corte	Fecha Suspensión Residencial	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$45,976

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente 366762360
Número de documento DES4178867
$18,760
Valor a pagar

(415)7709998002449(8020)0366762360(3900)0000018760

Código del cliente 070671783002
Número de documento 041315507
$27,216
Valor a pagar

(415)7709998013612(8020)0041315507(3900)0000027216

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

14134

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Betulia Beltran Gonzalez
Fecha y lugar de nacimiento:	08 julio 1953 Medina

Edad: 72 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 41 609 069

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)	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	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**	famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	cra 17e 21-26				
Municipio:	Ulcio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3154416410

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Nolida Diaz
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 302 455 1549	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Betulia Beltran Gonzalez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon.

Cargo Aux Enfermeria.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

41.609.069
NUMERO

BELTRAN GONZALEZ
APELLIDOS

BETULIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1953
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA B+ G.S. RH F SEXO

BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5200100-69137281-F-0041609069-20051007 04076 05280N 02 188733554

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1436

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001057746200001897

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: BETULIA

Apellidos: BELTRAN GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41609069

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 30/08/2019

Última actualización via registros administrativos: 30/08/2025

***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

1437

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	41609069
NOMBRES	BETULIA
APELLIDOS	BELTRAN GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:02:20	**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

10891

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

171469042

"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".

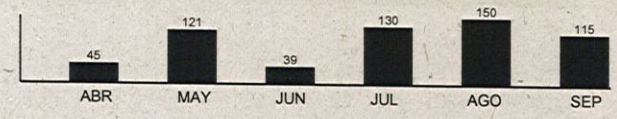
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-09-07 10:41	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-09-07 10:42	CUDE	2c95ee67a3d2f2a2b0aa261bc7567a77041ba6067d97ecc7e5476eb4887845f23e05b4d7bf6db007d50365c065b366e9

Suscriptor: BETULIA BELTRAN

Dirección: CR 17 E 21 26 MZ D CS 9 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 49629
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 49744
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 99
Documento No.: DES4187250
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $60970 16-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006573240

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	23085153	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT8907	(VC) Veces a compensar	0
upo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	130
DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	308.6	Perdidas 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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 115 (Consumo en kWh)	$45,874
VALOR NETO:	$103,367
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-57,493
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$45,874
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,034
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,036
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$46,910

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$46,910

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025	Ruta: 10-1006573240	171469042	17-SEP-2025	$46,910

(415)7709998002449(8020)0171469042(3900)0000046910

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. 0647 Enero-25-2002
VIGILADA 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

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

Fecha: 24 | OCT | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carlos Julio Turmequé Daza.
Fecha y lugar de nacimiento:	19 NOV 1937 Subatenza Boyacá
Edad: 87	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3282757

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

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

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

Dirección:	Cra 35b 42-09				
Municipio:	Ubaque	**Estrato:**	3	**Barrio:**	Triunfo
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3106082685

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luis Carlos Turmequé
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3106082685	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Carlos Julio Tuimoque Daza

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.282.757.**

TURMEQUE DAZA

APELLIDOS

CARLOS JULIO

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-NOV-1937**

SUTATENZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-NOV-1959 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A 00150-0 21-M-0003282757-20081013 **0004**3041 99A 1 1550001065

1441

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 28/10/2025

Ficha: 500011922580600001556

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS JULIO

Apellidos: TURMEQUE DAZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3282757

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/10/2025

Última actualización ciudadano: 12/10/2025

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3282757
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	TURMEQUE DAZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	ACACIAS

Datos de afiliación :

ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/06/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/28/2025 07:04:23	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Línea 115 (solo prepago Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

181183554

El no pago de su factura de energía en los fechas estipuladas en el presente documento conlleva a la suspensión del servicio por mora con la estadística procedimiento establecido en la ley 142 de 1994 en nuestras oficinas de servicio al cliente o cuando se detecten irregularidades en el medidor. Usted puede acudir ante la superintendencia de servicios públicos domiciliarios. En caso de reconexión del servicio por mora se realizará en

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN: 2025-06-11 11:19 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 2025-06-11 11:34 | CUDE: 780c9d8328a47c7fa05adac6cdd9348da6cadd08d26d97ddd5db5b3572bcfdf384038288c2e8821b5591fc3c9d0ec5

Suscriptor: DORA INES QUEVEDO GOMEZ
Dirección: CR 35B 42 09 BRR EL TRIUNFO
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 77897
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 78388
Anomalía 0

COTREMI
24 JUN 2025
CANCELADO

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 520
Documento No.: DES3033148
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $385380 17-05-25
Periodo Facturado: 11-05-2025/09-06-2025
Ruta: 13-1308050730

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	071014734	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 11-JUN-2025 02:06

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	23
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0211	(HC) Horas compensadas	0
COD. Transformador	VIT181	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	481
(FU) Duración en horas de interrupciones	4.031	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FU) Número total de interrupciones	13	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(FUG) Meta por duración	26.92	(FUG) Meta por Frecuencia	25
V/r a Compensar $	0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	283.18	Pérdidas reconocidas	PR $	54.03
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.76	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	44.92
Transporte en el sistema de distribución local	D $	262.47	Costo de comercialización	C $	157.61
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R		858.97			
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Financiación

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

Detalle

Liquidación del consumo de energía:	
730.12 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$126,311
[illegible] (Valor kWh) x 318 (Consumo en kWh)	$273,152
[illegible]	$421,754
[illegible] SUBSIDIO (15%)	$-22,291
[illegible]	$399,463
Impuesto [illegible]	$12,653
OTROS CONCEPTOS	
[illegible] la Deuda	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS [illegible]	$12,657

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $412,120

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	$412,120

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 318 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

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
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

2864

144

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

Fecha: 27-10-2025	Centro Vida: Pinillo. 1
Hora de inicio: 8:10 am.	Hora de Terminación: 10:30 am.
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Carlos Tuto Turmeque.	Beneficiario
2. Hilda María Moreno	Psicologa.
3.	

TEMA A TRATAR: Identificar riesgos y condiciones de vulnerabilidad del adulto mayor Postulado a beneficio del centro vida.

DESARROLLO: Se realiza visita domiciliaria al señor carlos Tuto Turmeque, con cc: 3.282.757, con 88 años de edad, donde vive en la casa de la hija, Paciente quien depende de cuidador para realizar sus actividades diarias, por eso se radico en villavo con su hija, antes vivia en acacias por eso su seguridad y sisben es. de allá.

COMPROMISOS: Se le brinda asesoria a la hija. para realizar Portabilidad de sisben a su Padre para obtener los beneficios en villavicencio

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Hilda María Moreno Hernández Psicóloga REG 185672	FIRMA O HUELLA:
NOMBRE: Hilda María Moreno	NOMBRE: Carlos Tuto Turmeque.
IDENTIFICACION: 40187664	IDENTIFICACION: 3.282.757.
CARGO: Psicologa.	

1445

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Delcer Mosquera Correa
Fecha y lugar de nacimiento:	08-Dic-1953 cc Costa Rica "Valle"
Edad: 71	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21 233 739

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**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO.		

Dirección:	Cl 23a Ba 04e				
Municipio:	Vicio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3144310555

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Mauricio Sanchez Robles.
Relacion con el adulto mayor:	Nieto
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 3181503852	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Deicer Mosquera Correa

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon.

Cargo Enfermera.

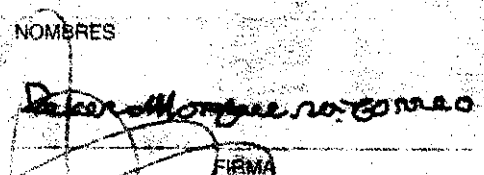
1646

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.233.739**
MOSQUERA CORREA

APELLIDOS
DEICER

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1953**

CC COSTA RICA
GINEBRA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ABR-1977 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00390357-F-0021233739-20120731 **0030657991A 2** 6731880343

1447

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001085745100002078

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DEICER

Apellidos: MOSQUERA CORREA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21233739

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 12/10/2022

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 HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

1448

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	21233739
NOMBRES	DEICER
APELLIDOS	MOSQUERA CORREA
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	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 15:26:29	**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

1616
11219

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

171423764

"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".

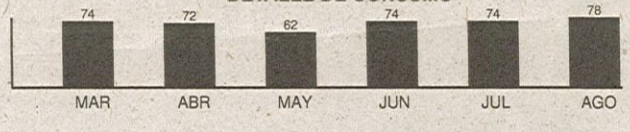
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-08-08 15:51 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-08 16:06 | CUDE | 14e60da7cfd7c97b736605225bbbbd7dd1558d6ae35d071ecc57769cb58f756daca70ddaf537c0c24a2db1470a29f581

Suscriptor: EDUARD SANCHEZ MOSQUERA

Dirección: CL 23A 18A 04 E MZ D CS 28 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 23998 — Lectura Actual 24076
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 70
Documento No.: DES3771285
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30080 22-07-25
Periodo Facturado: 07-07-2025/06-08-2025
Ruta: 10-1006575315

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071065056	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-AGO-2025 07:08

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

(CI) Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
(TD) Transformador	VIT2137	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	74
(DIU) Duración en horas de interrupciones	18.43	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	51	(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	Pérdidas 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 78 (Consumo en kWh)	$31,029
VALOR NETO:	$67,543
Porcentaje de SUBSIDIO %	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-36,514
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$31,029
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$675
SUBTOTAL VALOR OTROS	$675
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$31,700



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-AGO-2025	21-AGO-2025	$31,700

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

7647 Enero-25-2002 GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES VIGILADO 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

- 145

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Eladia. Moreno de Gomez
Fecha y lugar de nacimiento:	13 sept 1938 zetaquira "Boyaca"
Edad: 87	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 20398086.

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	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caja Sop1
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO.		

Dirección:	Cra 149 este 26-25				
Municipio:	Usme	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Marcos.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3208220723

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maribel martinez
Relacion con el adulto mayor:	Cuñada
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

Eladia Moreno de

Firma del adulto mayor

Nombre: Eladia. Moreno de Gomez.

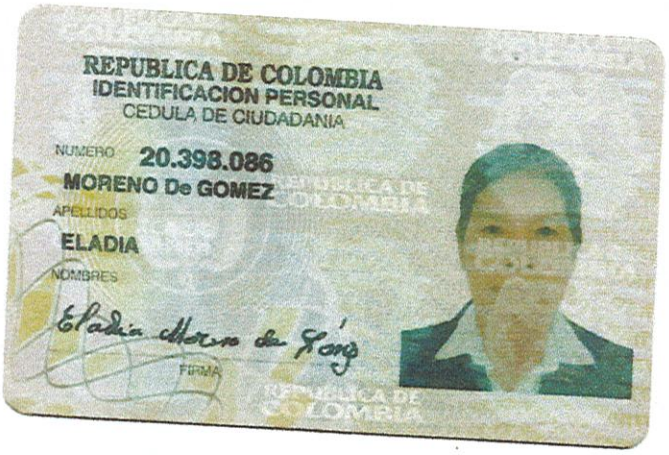
Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon.

Cargo Aux Enfermeria


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 20.398.086
MORENO De GOMEZ
APELLIDOS
ELADIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1938
ZETAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-ENE-1974 BITUIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5200100-00250913-F-0020398086-20100819
0023487075A 1
34846257

Sisbén

1452

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 50001046649000000325

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELADIA

Apellidos: MORENO DE GOMEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20398086

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/05/2023

Última actualización ciudadano: 28/01/2025

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

1453

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	20398086
NOMBRES	ELADIA
APELLIDOS	MORENO MORENO
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:	10/27/2025 16:11:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

10031

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

270009430

1454

6476 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 | 2025-07-09 14:24 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-09 14:40 | CUDE | 1d1f363f916e4a1a27cb8c9fdcd5055c5c917d302c4ebc9ea715e911c72d69b9431ae2c81223325432f886ce8cdb9069

Suscriptor: ELADIA MORENO DE GOMEZ

Dirección: CR 14A ESTE 26 25 BRR LOS MARACOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 17504
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 17542
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No.: DES3367548
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $23880 20-06-25
Periodo Facturado: 06-06-2025/06-07-2025
Ruta: 10-1006552085

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 38 (Consumo en kWh)	$15,101
VALOR NETO:	$34,486
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-19,386
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$15,100
Impuesto AP	$345
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS	$349
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$15,450

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-36679647	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-JUL-2025 03:07

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT10327	(VC) Veces a compensar	0
Nivel de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	52
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.058	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	55	(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
18-JUL-2025	19-JUL-2025	$15,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Superservicios
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 Stampes S.A.S. NIT 860.063.580-2 43834

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos: Elena Gonzalez de Leon

Fecha y lugar de nacimiento: 16 Dic 1942 Combita Boyaca

Edad: 82 **Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 23 264 320

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	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		Nivel Sisben	A3
Otro		Indigena		Psicosocial		EPS	Caja Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cl 23 18a - 41				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	—

2. ACUDIENTE

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

Nota Aclaratoria: Addlo Mayor manifiesta no Tener numero del celular

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Elena Gonzalez de Leon

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux de Enfermeria

1456

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.264.320
GONZALEZ De LEON
APELLIDOS
ELENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1942
COMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

10-MAY-1967 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00138910-F-0023264320-20081218 0008300797A 1 6720002258

1457

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001043654500000192

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELENA

Apellidos: GONZALEZ DE LEON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 23264320

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/10/2019

Última actualización ciudadano: 29/10/2019

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

1459

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	23264320
NOMBRES	ELENA
APELLIDOS	GONZALEZ DE LEON
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	01/04/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:34:34	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

11188

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
170241465

7653 1/1

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

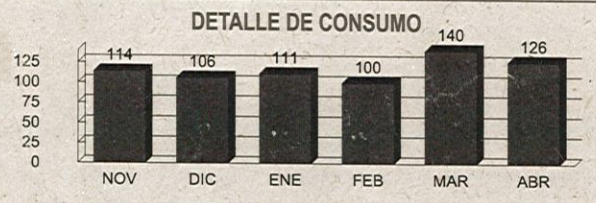
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-04-09 08:38 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-04-09 08:40 | CUDE 3670715dc386fc1a8c5ccd75bb22ecffb863974681c497622f07febe58246b54423538828ea5b66fe60068a6e7391890

Suscriptor: HERNANDO LEON RUIZ

Dirección: CL 23 E 18A 41 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 33917
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 34043
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 118
Documento No.: DES2163043
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $51110 01-04-25
Periodo Facturado: 07-03-2025/05-04-2025
Ruta: 10-1006575545

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 391.47 (Valor kWh con SUBS) x 126 (Consumo en kW)	$49,325
VALOR NETO:	$116,020
Porcentaje de SUBSIDIO (57)	
Valor Total de SUBSIDIO	$-66,696
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$49,325
Contribución AP	$1,160
OTROS CARGOS	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,161
DESCUENTOS	
Compensación Cambio de Comercializador	$-3,986



SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3,986
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$46,500

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071065046	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-ABR-2025 10:04

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Hogar Comun	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	VIT2137	(VC) Veces a compensar	5
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	100.017
(DIU) Duración en horas de interrupciones	24.714	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	71	(Dt) Cargo de Distribución	199.27
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
	V/r a Compensar $ 3986.08		

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 $	356.25	Perdidas 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+R					920.8
					920.8

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
22-ABR-2025	23-ABR-2025	$46,500

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura

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

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 054 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Superservicios
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 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Flor Delfina Dominguez Sanchez
Fecha y lugar de nacimiento:	08 sept 1962 San Pablo Boyaca
Edad: 63	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40276777

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

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

Dirección:	cle 23 17-5				
Municipio:	Ubalá	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3118837202

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Liliana Patricia Montaño
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3203994717	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Flor Delfina Dominguez Sanchez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux de Enfermeria.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

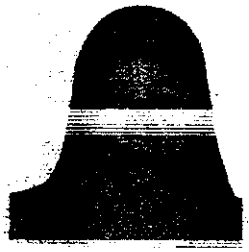
NÚMERO **40.276.777**
DOMINGUEZ SANCHEZ

APELLIDOS

FLOR DELFINA

NOMBRES

Flor Dominguez





FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1962
SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-AGO-1979 VISTA HERMOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-5208000-01036377-F-0040276777-20180910 0062539254A 1 9905665271

1462

Sisbén

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001007744900002052

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FLOR DELFINA

Apellidos: DOMINGUEZ SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40276777

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 04/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

1463

ADRES

INISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

rmación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en
General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

ación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	40276777
NOMBRES	FLOR DELFINA
APELLIDOS	DOMINGUEZ SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

le afiliación :

ADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN
IVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999

Fecha de Impresión:	10/24/2025 17:59:54	Estación de origen:	192.168.70.220

ormación registrada en esta página es reflejo de lo report
des del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en c
Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección
uciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativ
opta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones
ivas para el reporte y actualización de las bases de datos
pera la Administradora de los Recursos del Sistema
idad Social en Salud - ADRES".

cto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, s
ha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la
ón para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC,

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

·11074

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

288654751

"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".

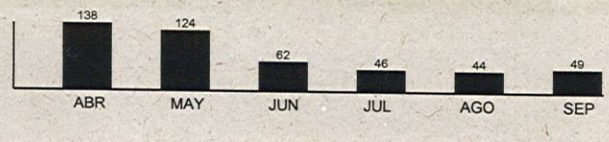
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 10:42 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:43 | CUDE | e1c4ab99bdb578d1c9c50866aab2841d45625cd38ec3ecf94d581ee47368cd9aad35947cdcf503db80a7ac3e98ada5de

Suscriptor: LILIANA PATRICIA MONTAÑO DOMINGUEZ

Dirección: C 22A 17 53 ESTE MZ 29 CA 32 Br MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 37212 — Lectura Actual 37261
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 83
Documento No.: DES4187428
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $17890 21-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006574310

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050340235	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1738	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	46
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	308.6	Perdidas 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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 49 (Consumo en kWh)	$19,546
VALOR NETO:	$44,043
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-24,497
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$19,546
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$440
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$444
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$19,990

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$19,990

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025	Ruta: 10-1006574310	288654751	17-SEP-2025	$19,990

(415)7709998002449(8020)0288654751(3900)0000019990

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

7484

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

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
FLOR	DELFINA	DOMINGUEZ	SANCHEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	Vvillavicencio

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 40270777

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	11	29

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

N

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830511298

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
Otra	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	20.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b4350.3 b4358.3 b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s4208.329 s7308.352 s7508.352

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d570.1 d598.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
[illegible]	Psicólogo(a)	[illegible]
[illegible]	Trabajador(a) Social	[illegible]
[illegible]	Médico(a)	[illegible]

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Piñilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gloria Elena Rios Perez
Fecha y lugar de nacimiento:	27 feb 1959 chinchina
Edad: 66	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40 365 249.

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C 13
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cle 23a 18-15				
Municipio:	Ulco	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Piñilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	320 201 6794

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Andrea Esmeralda Rios Perez		
Relacion con el adulto mayor:	Hija.		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—		
Telefono:	302 348 4718	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Gloria Elena Rios Perez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria

1467

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.365.249**

RIOS PEREZ
APELLIDOS

GLORIA ELENA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1959**
CHINCHINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-OCT-1979 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00618686-F-0040365249-20140904 0039867186A 1 6732999359

1468

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C13

Fecha de consulta: 17/11/2025

Ficha: 500011201567300020594

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA ELENA

Apellidos: RIOS PEREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40365249

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/05/202

Última actualización ciudadano: 24/10/202

Última actualización via registros administrativos: 31/08/202

***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 HERNANI

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

Teléfono: 3208559

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.go

¡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 últim actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistem General de Seguridad Social en Salud

1469

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	40365249
NOMBRES	GLORIA ELENA
APELLIDOS	RIOS PEREZ
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 10:30:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Línea 115 (con servicio Nacional)
Línea gratuita Nacional:
018000918115
Desde cualquier operador:
608 027 6035
WhatsApp: 318 835 7484

Pago: 10-190675440 2212

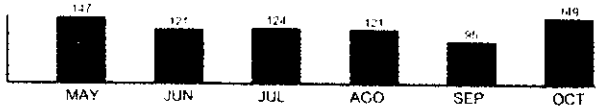
171424541

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-08 12:11 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-08 12:17 | CUDE | d616e757981ec4503cc739e6fc843c3d7fa3ba6d34d08b37c4d1ffca3cd49a8f774b65b7d0a3772603

Suscriptor: GLORIA HELENA RIOS
Dirección: Cl. 23A 18 15 MZ E CS 3 BRR MARCO ANTONIO PINILLA
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO

2060



(3) A S
Lectura Anterior 26700
Tipo de Lectura Con Factura
Lectura Actual 26849
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses 126
Documento No.: DES4574267

Ultimo Pago $38750 20-09-25
Periodo Facturado 06-09-2025/06-10-2025

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
Resolucion 1653-67.07/768 del
26 de junio de 2024

NIT 822.000.268 9
NUIR 1 5000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO: 253144100000
DOCUMENTO No: 041514031

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784267 323 2540656 | Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Jornada continua | LÍNEA DIRECTA 110

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN		ZONA 2025-10-08 12:11		CICLO	
ESTRATO	1	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	3
CLASE					

INFORMACIÓN TÉCNICA

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	VIT003	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	VIT2137	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	13	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	121
(FIU) Número total de interrupciones	20.986	(DI) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	45	(FIUG) Meta por Frecuencia	198.25
	21	Vr a Compensar $	20

COSTOS 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 $	58.64
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+CV+PR+R					177.95
		1			907.68

PLAZOS DE FINANCIACIÓN

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

SALDO A FAVOR		SALDO EN RECLAMACIÓN	

DETALLE DEL DOCUMENTO ANTERIOR

[illegible]	$59.548
[illegible]	
Porcentaje de SUBSIDIO [illegible]	$130,244
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-75,698
SUBTOTAL VALOR [illegible]	$54,546
[illegible]	
Impuesto AP	$1.355
[illegible]	$-
[illegible]	$1.354

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $60,900

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

EDWIN [illegible] HORQUEZ
FIRMA GERENTE

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
$27,216	$26,057	$50,624
MES 4	MES 5	MES 6
$24,877	$25,012	$25,225

Toneladas	Actual	Anterior
TRBL		
TRLU	[illegible]	[illegible]
TRRA	[illegible]	[illegible]
TRA	[illegible]	[illegible]
TRNA	[illegible]	[illegible]
TAFA	[illegible]	[illegible]
TAFNA	0	0
	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total:
Costo Variable no aprov:
Aprovechamiento:
Valor base aprovechamiento: 197234.64

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo
Cargo Variable
Subsidio/Contribución
Devoluciones
Ajuste aprovechamiento
Ajustes $3,967

TOTAL ASEO: $29,033

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 Energía $29,033

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

*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

SC 1498-1 OS 117-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

20-OCT-2025	21-OCT-2025	$89,933

Código del cliente
Número de documento 171424541
DES4574267
Valor a pagar $60,900

(415)7709998002449(8020)0171424541(3900)0000060900

Código del cliente
Número de documento 253144100000
041514031
Valor a pagar $89,933

(415)7709998013612(8020)0041514031(3900100000029033

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
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
Electificadora del Meta SA Nit 892.002.210-6. SWDE-EMSA

1471

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Graciela Trujillo Patiño								
Fecha y lugar de nacimiento:	23 Feb 1955 Samana "Caldas"								
Edad:	70	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	21 109 631						

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**	C3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 16e 21-29				
Municipio:	Ulco	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
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:**	—

Nota Aclaratoria: Adulto mayor no refiere datos de ningun Acompañante y/o Acudiente

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Graciela Trujillo Patiño

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria

1472

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.109.631**

TRUJILLO PATIÑO

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

Graciela Trujillo Patiño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1955**

SAMANA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

21-JUL-1977 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00148499-F-0021109631-20090130 **0009**753741A 1 6740003129

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1473

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001045745000002142

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GRACIELA

Apellidos: TRUJILLO PATIÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21109631

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 29/08/2019

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	21109631
NOMBRES	GRACIELA
APELLIDOS	TRUJILLO PATIÑO
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	20/12/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 11:08:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

10815

1475

7329 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
410243064

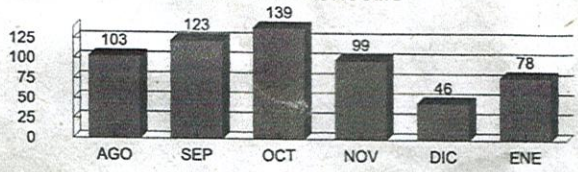
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora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

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-01-10 10:16	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-01-10 10:30	CUDE	85b1368035a4a96337fa89668dda4ed91fa0bc332c481774ba0f26b295e2fef3340e4f7e706b6f3f7b1e63ad21f12de6

Suscriptor: BRENDA SIRLEY PE□A MATINEZ
Dirección: CR 16 E 21 29 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 7615
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 7693
Anomal□a 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 103
Documento No.: DES966309
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $13080 16-12-24
Periodo Facturado: 07-12-2024/06-01-2025
Ruta: 10-1006573450

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

Liquidaci□n del consumo de energ□a:	
381.73 (Valor kWh con SUBS) x 78 (Consumo en kWh)	$29,775
VALOR NETO:	$72,169
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-42,395
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$29,774
Impuesto AP	$722
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS	$727
DESCUENTOS:	
Compens. Calidad Servicio	$-3,462

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
LNY	180041274	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-ENE-2025 12:01

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	VIT1738	(VC) Veces a compensar	8
de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	99.38
(DIU) Duración en horas de interrupciones	23.764	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	18
(FIU) Número total de interrupciones	72	(Dt) Cargo de Distribución	193.55
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 3462.31

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	371.38	Pérdidas reconocidas	PR $	67.63
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	58.19	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	16.19
Transporte en el sistema de distribución local	D $	257.19	Costo de comercialización	C $	154.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					925.25
					925.25

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura

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

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3,462
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$27,040

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-ENE-2025	21-ENE-2025	$27,040

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
07-12-2024/06-01-2025	10-1006573450	410243064	20-ENE-2025	$27,040

(415)7709998002449(8020)0410243064(3900)0000027040

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

Electrificadora del Meta SA ,Nit 892.002.210-6, 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

1476

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

Fecha: 24 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Griselda Garzón Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	05-Feb-1947 Rivera Huila
Edad: 78	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21 199 522

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	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**	Caja Capi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cra 19e 25-09				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Carlos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	314 615 1818

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Jose Ignacio Herran
Relacion con el adulto mayor:	HIJO
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	———
Telefono: 321 233 623	**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

Grielda Garzon

Firma del adulto mayor

Nombre: Grielda Garzon Rodriguez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria

1477

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.199.522**

GARZON RODRIGUEZ

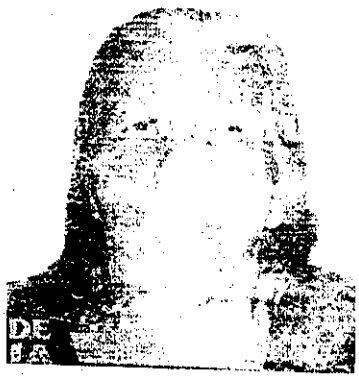
APELLIDOS

GRICELDA

NOMBRES

Gricelda Garzón

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1947**

RIVERA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ABR-1971 SAN MARTIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00147468-F-0021199522-20090123 0009598753A 1 6760006615

Sisbén

Fecha de consulta: 26/10/2025

Ficha: 500011231460400023518

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GRICELDA

Apellidos: GARZON RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21199522

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/06/2025

Última actualización ciudadano: 18/06/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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

DMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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

Resultados de la consulta

ormación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	21199522
NOMBRES	GRICELDA
APELLIDOS	GARZON RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

tos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE EFECTIVIDAD DE AFILIACION	TIPO D
RETIRADO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	10/04/2015	10/04/2015	CAE FA

Fecha de Impresión:	10/26/2025 15:02:02	Estación de origen:	192.168.70.220

Observaciones

s datos de afiliación correspondientes al número de identificación reg
presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen
Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente
su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondie

información registrada en esta página es reflejo de lo reportado
tidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumpl
la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Soc
soluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa po
adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones téc
erativas para el reporte y actualización de las bases de datos de a
e opera la Administradora de los Recursos del Sistema Gen
guridad Social en Salud - ADRES".

spécto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se acl
Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual
liación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin i
e haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsid

6970

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

Calle 37A 45-55 Barrio Alpe
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7484

FACTURA DE VENTA

169747316

"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	2025-09-07 10:19	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-09-07 10:20	CUDE	f9411690095bc4af1931102cd13e0d1eabdf66ec2b4abc0c1635e70a312af860c5de7613f25236311fd617093e8901ae6

Suscriptor: GRICELDA GARZON RODRIGUEZ

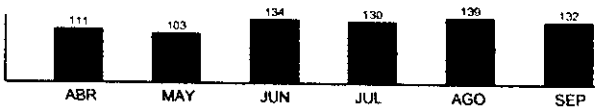
Dirección: CR 19 E 28 09 BRR SAN CARLOS

Ciudad: Villavicencio

3392

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

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 11653 — Lectura Actual 11785
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 126
Documento No.: DES4183487
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $71530 19-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006451795

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8280061	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	07-SEP-2025 11:09				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2412	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	130
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(DU) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25
V/r a Compensar $	0		

Costos unitarios de la prestación del servicio de EMSA ($/kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Perdidas 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 (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		898.84			
Interés moratono 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 DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energía:
498.64 (Valor kWh con SUBS) x 132 (Consumo en kWh) $65.820

VALOR NETO	$118.647
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-52.826
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$65.820
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$2.373
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2.373
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$68,190

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

17-SEP-2025	18-SEP-2025	$68,190

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006451795

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
169747316	17-SEP-2025	$68,190

(415)7709998002449(8020)0169747316(3900)0000068190

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

Fecha: 27-10-2025	Centro Vida: Pinilla
Hora de inicio: 9:00am	Hora de Terminación: 10:20am
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Griselda Garzon.	Beneficiaria
2. Hilda María Moreno	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR: Identificar riesgos y condiciones de vulnerabilidad del adulto mayor Postulado a beneficios del centro vida.

DESARROLLO: Se realiza visita domiciliaria a la beneficiaria: Griselda Garzon con cc: 21199522 con 78 años, vive sola, sus hijos tratan de estar pendiente de ella, comenta que ya esta haciendo el proceso de la solicitud del sisben que no sabe por que esta retirado, tiene inseguridad, porque asiste al programa de crónicos cada tres meses, por su diagnostico de salud y sus medicamentos mensuales.

COMPROMISOS: Genera compromiso de ir a solicitar nuevamente su visita del sisben para activarlo nuevamente.

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Hilda María Moreno Hernández Psicóloga RES 185622	FIRMA O HUELLA: griselda garzon
NOMBRE: Hilda María Moreno	NOMBRE: Griselda Garzon Rodriguez.
IDENTIFICACION: 40185664	IDENTIFICACION: 21199522
CARGO: Psicologa.	

	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:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Efraim Murcia Pallado.
Fecha y lugar de nacimiento:	23-08-1939 El Calvario
Edad: 86	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 475685

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**	famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 24 sur 10-16				
Municipio:	Ubaté	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Gaviotas
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3102816302

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Gabriel Henao.
Relacion con el adulto mayor:	Yerno
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3102816302	**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



Firma del adulto mayor

Nombre: Efain Murcia Pallado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mevy Gerron

Cargo Aux Enfermeria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 475.885
MURCIA PARRADO
APELLIDOS
EFRAIN
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1939
EL CALVARIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-OCT-1981 EL CALVARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

A-3200100-01082184-M-0023475685-20191220 0023475685A 1 9800719395

1484

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/07/2025

Ficha: 50001058745800002828

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EFRAIN

Apellidos: MURCIA PARRADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 475685

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/09/2019

Última actualización ciudadano: 14/03/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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	475685
NOMBRES	EFRAIN
APELLIDOS	MURCIA PARRADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	02/07/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/18/2025 16:52:47	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

1486 67

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

297453338

"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 15:32 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-11 15:44 | CUDE | efa5e15d8d20fa493c8e57945c3d023850bd260d818af8159bc944f5d2cf14c6208978d36f7ffcc04894f510188ba795

Suscriptor: CLAUDIA JANETH MURCIA MORALES

Dirección: CL 24 SUR 10 16 E BRR GAVIOTAS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 35163 — Lectura Actual 35493
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 242
Documento No.: DES3825487
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $177360 16-07-25
Periodo Facturado: 09-07-2025/09-08-2025
Ruta: 36-3638832300

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	050102513	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-AGO-2025 07:08

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	33
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT2201	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	247
(DIU) Duración en horas de interrupciones	18.925	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	26	(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	Pérdidas 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:	
497.28 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$86,029
865.94 (Valor kWh) x 157 (Consumo en kWh)	$135,953
VALOR NETO:	$285,760
Porcentaje de SUBSIDIO (43%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-63,778
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$221,982
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$5,715
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$5,718

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $227,700

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-AGO-2025	26-AGO-2025	**$227,700**

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 157 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-07-2025/09-08-2025	Ruta: 36-3638832300	297453338	25-AGO-2025	$227,700

(415)7709998002449(8020)0297453338(3900)0000227700

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

1868 GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

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

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jose Fernando Burgos					
Fecha y lugar de nacimiento:		19-Mar-1941 Timana Huila					
Edad:	84	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3 291 649					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	BC
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 36 E 20 Gg BRR Marichal				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	2	**Barrio:**	Marichal
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3125773790

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Mery Garzon		
Relacion con el adulto mayor:	Cuidadora		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	30085106		
Telefono:	3202892139	**Correo:**	merygarzon77@gmail.com

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Jose fernando Borjos.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Yeny Garzón

Cargo Aux de Enfermeria

1403.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **3.291.649**

BURGOS
APELLIDOS

JOSE FERNANDO
NOMBRES

José Fernando Burgos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAR-1941**

TIMANA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

02-SEP-1966 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200100-01264368-M-0003291649-20211110 0076216586A 1 8502350160

1489

Sisbén

Fecha de consulta: **16/06/2024**

Ficha: **50001092146000014501**

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JOSE FERNANDO**

Apellidos: **BURGOS**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **3291649**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **30/06/2022**

Última actualización ciudadano: **30/06/2022**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **JULIA INES MOGOLLON MORALES**

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

Teléfono: **3208559257**

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

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	3291649
NOMBRES	JOSE FERNANDO
APELLIDOS	BURGOS
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	04/03/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/29/2025 16:38:36	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

14081

1491

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

163399963

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUFE

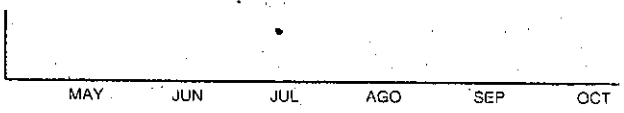
7321

Suscriptor: JOSE FERNANDO BURGOS

Dirección: CL 36 E 20 60 BRR MORICHAL

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(6) A-S Lectura Anterior 12863
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 12863
Anomalía 40

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

OTROS CONCEPTOS:

Consumo Promedio Ult. 6 Meses:
Documento No.: 202510163399963
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $79200 10-02-25
Periodo Facturado: 04-09-2025/04-10-2025
Ruta: 9-906202004

DESCUENTOS:

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071014270	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-OCT-2025 03:10

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	32
USO	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

	VI1001	(HC) Horas Compensadas	0
(UT) Transformador	VIT1052	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CFC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	17.053	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	34	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	21.54	(FIUG) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Pérdidas reconocidas	PR $	58.63
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+C+PR+O					907.68
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		0.49%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

17-OCT-2025	18-OCT-2025	**$0**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
04-09-2025/04-10-2025

Ruta: 9-906202004

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
163399963	**17-OCT-2025**	**$0**

(415)7709998002449(8020)0163399963(3900)0000000000

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

Fecha: 24 | 04 | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	José Vicente Torres Torres
Fecha y lugar de nacimiento:	27-JUN-1936
Edad: 89	**Identificación:** X CC TI RC TE CE PP **Número:** 2 981 194

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	F	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	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	cle 26 16 1xe				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Pinilla
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	—

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Rosalba Torres Fuentes
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3233800657	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Jose Vicente Torres Torres.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Ocirzán

Cargo Aux de Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 2.981.194
TORRES TORRES

APELLIDOS
JOSE VICENTE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1936
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

28-AGO-1958 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00162416-M-0002981194-20090711 0013348038A 2 6730013058

1494

Sisbén

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001027745200002188

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE VICENTE

Apellidos: TORRES TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2981194

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/08/2019

Última actualización ciudadano: 02/09/2019

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
- MinEducacion - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

1495

9:39

nes.adres.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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	2955[illegible]
NOMBRES	JOSE VICENTE
APELLIDOS	TORRES TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
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 REGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S A S"	SUBSIDIADO	02/09/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 10/24/2025 09:37:54 **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

3

Redeban

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

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (sin operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000915615
Desde cualquier operador: 316 027 8039
WhatsApp: 318 595 7464

5432
1496

CÓDIGO DEL CLIENTE
171430292

"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 | 2025-09-07 10:12 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:13 | CUDE | 33a356d4619ae0dd25da164b70d2711d25a19c67aac35c46dd3724c617f0e2e144d7a4d79e8fdeeee3b7001072d4c84d

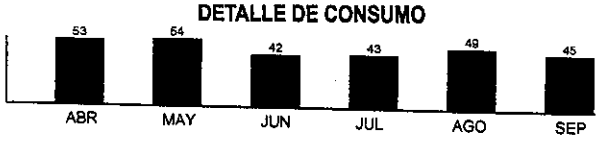
Suscriptor: JOSE VICENTE TORRES TORRES
Dirección: CL 26 16 18 E BRR MARCO ANTONIO PINILLA
Ciudad: Villavicencio

1860

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Superservicios

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17579 — Lectura Actual 17624
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 51
Documento No.: DES4182027
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $19920 20-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006333290

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071037843	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIT1005	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1087	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	43
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	308.6	Perdidas reconocidas	PR $	57.34
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 (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					896.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

398.9 (Valor kWh con SUBS) x 45 (Consumo en kWh)	$17,951
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$40,448
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,497
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$17,951
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$404
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$409
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$18,350

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión	
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$18,360

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006333290

Código del cliente 171430292
Fecha de vencimiento 17-SEP-2025
Valor a pagar $18,360

(415)7709998002449(8020)0171430292(3900)0000018360

emsa
Nit. 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

1497

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jorge enrique aya ayo										
Fecha y lugar de nacimiento:	26-Jun-1952 Cundinamarca										
Edad:	73	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	3 220 209								

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjeria, 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		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**	Caj Cap1
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 24 Sur 12 07					
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	2	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	—

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elvia Vigoya		
Relacion con el adulto mayor:	Prima Hermana		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—		
Telefono:	3115915859	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge Enrique Aya Aya.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

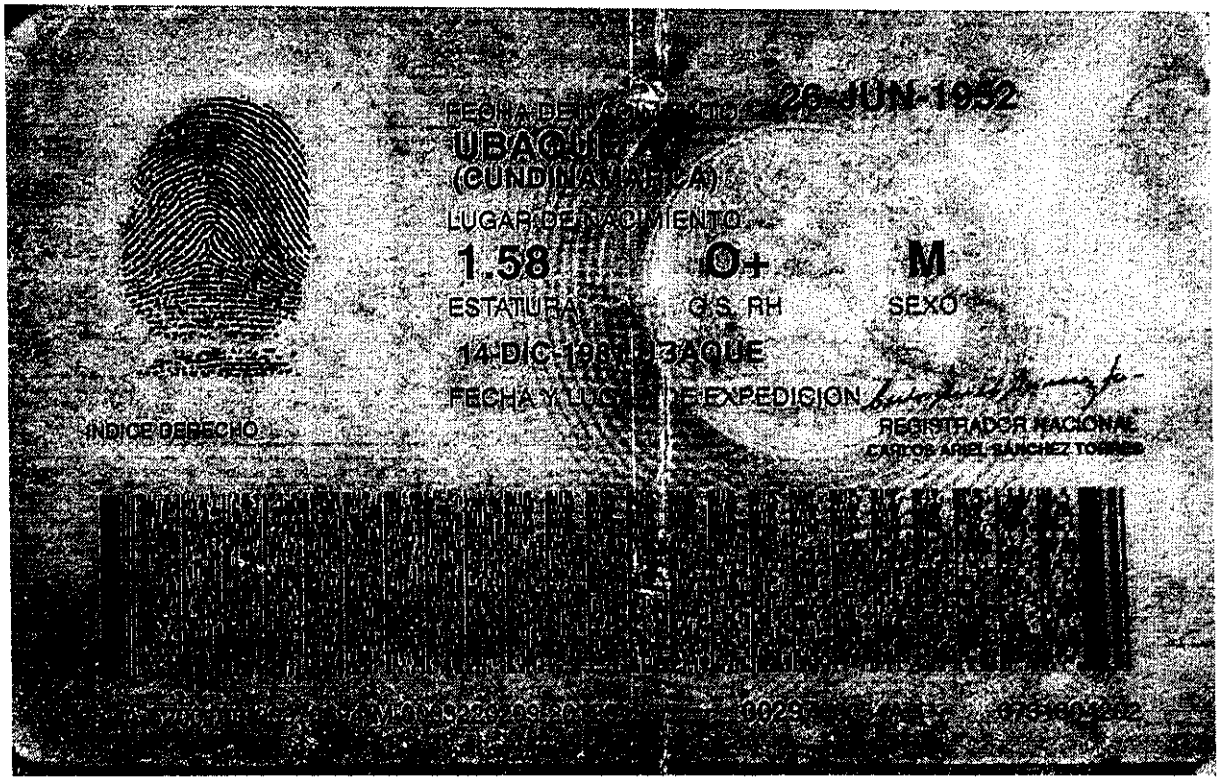
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria




26-JUN-1952
UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
1.58
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
14-DIC-19
UBAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

Sisbén

Fecha de consulta: 21/10/2025

Ficha: 3000102837[illegible]2030

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE ENRIQUE

Apellidos: AYA AYA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3220209

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización cambiazo: [illegible]/2025

Última actualización validadores operativos:

*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 36 No 33 - 14 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3108559257

Correo Electrónico: [illegible]@villavicencio.gov.co

1502

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 IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRES	JORGE ENRIQUE
APELLIDOS	AYA AYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	REGIMEN	ORIGEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SANACOR EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/08/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de consulta:	13/12/2021	Estación de origen:	192.168.70.220
Fecha de impresión:	16:39:15		

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 2121 y 1282 de 2021 de la ADRES, normas que establecen las condiciones técnicas y operativas para el reporte de novedades por parte de las EPS a 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

1501

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

CRA 45-53 Barrio Alto Ariari Acacias Villavicencio
115 (con indicativo Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464
www.electrificadoradelmeta.com

169986759

"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	2025-09-07 10:3	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-09-07 10:39	CUDE	287cc3c05e11475629b8767b84bd53d7d7ef07dcb9c94831af81a9bbfdba0cf596ba576e6e9277e16742a27a680aea

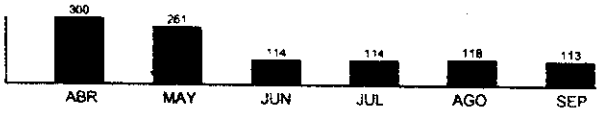
Suscriptor: JOAQUIN LADINO HERNANDEZ

Dirección: CL 24 SUR 12 07 BRR LAS MARACOS

6909

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 43099 — Lectura Actual 43212
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 203
Documento No. DES4186864
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $47960 20-08-25
Periodo Facturado 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006554985

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	100124931	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1083	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	114
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	398.6	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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

Liquidación del consumo de energía:
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 113 (Consumo en kWh) $45,076

VALOR NETO	$101,569
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-56,493
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$45,076
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,016
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,016
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-2

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$46,090

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuo

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$46,090

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 10-1006554985	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025		169986759	17-SEP-2025	$46,090

(415)7709998002449(8020)0169986759(3900)0000046090

emsa
Nit. 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIO

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

1502

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Ruma

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Juan de Jesus Montenegro Moreno								
Fecha y lugar de nacimiento:	06 Abril. 1950 Acacias Meta								
Edad:	75	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	3 271803						

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

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

Dirección:	Cl 25a E 14-09				
Municipio:	Ulco.	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Malacos.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3144866444

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Liliana Montenegro
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3227819365	**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



Firma del adulto mayor

Nombre: Juan de Jesus Montenegro Moreno

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria.

1503

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.271.803**

MONTENEGRO MORENO

APELLIDOS

JUAN DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1950**

ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-DIC-1974 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00813156-M-0003271803-20160413 0049308190A 1 6723866352

1504

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001038745400002021

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN DE JESUS

Apellidos: MONTENEGRO MORENO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3271803

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 26/08/2025

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

1505

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	3271803
NOMBRES	JUAN DE JESUS
APELLIDOS	MONTENEGRO MORENO
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	29/09/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:54:05	**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

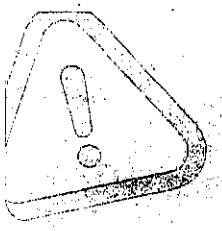
Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

171335330

1354 1/1



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

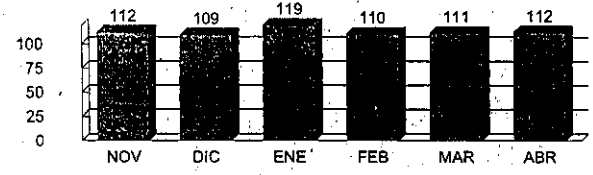
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-04-09 08:28 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-04-09 08:29 | CUDE | a41b7f7b5ae53cb9d005c6960e54607c4e17c890effdec461e277531a7486cdc4d45668d836bc30cc5de37b350235398

Suscriptor: ANDRADE MARIA HERMINDA

Dirección: CL 25A E 14 09 BRR LOS MARACOS BAJO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 30448
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 30560
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 113
Documento No.: DES2157287
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $39300 20-03-25
Periodo Facturado: 07-03-2025/05-04-2025
Ruta: 10-1006332070

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	080106359	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-ABR-2025 10:04

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1086	(VC) Veces a compensar	5
[illegible]no de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	110.019
[illegible]) Duración en horas de interrupciones	24.714	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
[illegible]U) Número total de interrupciones	71	(Dt) Cargo de Distribución	199.27
(D)UG) Meta por duración	26.92	(FRUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 4384.69

Costo Unitario de 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+R					920.8
					920.8

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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
391.47 (Valor kWh con SUBS) x 112 (Consumo en kWh)	$43,845
VALOR NETO:	$103,129
Porcentaje de SUBSIDIO (57%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-59,285
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$43,844
Impuesto AP	$1,031
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,031
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-1
Compens. Calidad Servicio	$-4,385
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4,386
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$40,490

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-ABR-2025	23-ABR-2025	$40,490

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta: 10-1006332070	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-03-2025/05-04-2025		171335330	22-ABR-2025	$40,490

(415)7709998002449(8020)0171335330(3900)0000040490

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

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

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

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinula.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Lilia Alagona Espinosa
Fecha y lugar de nacimiento:	15 marzo 1952 Bogota

Edad: 73 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 41556432

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**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital Salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 199 28-09				
Municipio:		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Sancarlos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3118141618

2. ACUDIENTE

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

Nota Aclaratoria: Adulta mayor no requiere datos de acompañante y/o Acudiente.

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: Lilia Alegona Espinoza

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.556.432

ALAGUNA ESPINOSA

APELLIDOS

LILIA

NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1952

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-OCT-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00018862-F-0041556432-20080701 0000712027A 1 1630012420

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

159

Registro válido

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 50001024649700000012

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LILIA

Apellidos: ALAGUNA ESPINOSA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41556432

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2020

Última actualización ciudadano: 16/07/2020

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

1510

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	41556432
NOMBRES	LILIA
APELLIDOS	ALAGUNA ESPINOSA
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	22/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/27/2025 08:20:20	**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".

emsa

COPIA DEL CLIENTE

169747316



"El no pago de su factura de energía en los plazos establecidos [illegible] a la suspensión del servicio por mora. Contra esta [illegible] deberá interponer en las oficinas de servicio [illegible] canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata, la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN [illegible] | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN [illegible] | CUDE [illegible]

Suscriptor: GRICELDA GARZON RODRIGUEZ

Dirección: CR 19 E 28 09 BRR SAN CARLOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 11653 — Lectura Actual 11785

Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 126

Documento No. DES4183487

Facturas Atrasadas:

Ultimo Pago $71530 19-08-25

Periodo Facturado [illegible]

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLES DOCUMENTO EQUIVALENTE

Facturación del consumo de energía

436.84 (Valor kWh con SUBS) x 126 (Consumo en kWh)

VALOR NETO

Porcentaje de SUBSIDIO (40%)

Valor porcentaje de SUBSIDIO

SUBTOTAL VALOR CONSUMO

OTROS CONCEPTOS

Impuesto AP

SUBTOTAL VALOR OTROS

INSTALACIÓN MEDIDOR

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8280061	

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07 SEP 2025 11:09

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

Cód. Circuito	VIT003	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2417	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	126
(DRU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FRU) Número total de interrupciones	48	(DR) Cargo de Distribución	199.56
(DRUG) Meta por duración	26.92	(FRUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $

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 costes asociados al mercado de energía	O $	49.69
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+Cv+PR+R					836.84
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$ 0
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$68.190

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

17-SEP-2025	18-SEP-2025	**$68,190**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006451795

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
169747316	17-SEP-2025	$68,190

(415)7709998002449(8020)0169747316(3900)0000068190

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

3392

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 0012635 de DIC 14 2018 DIAN AGENTE RETENEDOR RES [illegible] VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

Fecha: 25 | oct | 2025 **Centro Vida:** Anilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luis Alberto Gomez
Fecha y lugar de nacimiento:	21-oct-1943
Edad: 82	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3281483

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X	Cabeza de Familia	X	Física	X	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**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Famisanar
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	Si		

Dirección:	Cra 15 269 -03				
Municipio:	Ulco	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Rodeo
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3133605559

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Oliva Salcedo.		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—		
Telefono:	3143116608	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Luis Alberto Gomez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

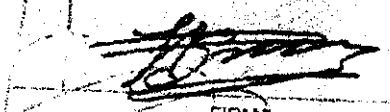
NUMERO **3.281.483**

GOMEZ

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1943**

UBATE
(CUNDINAMARCA)

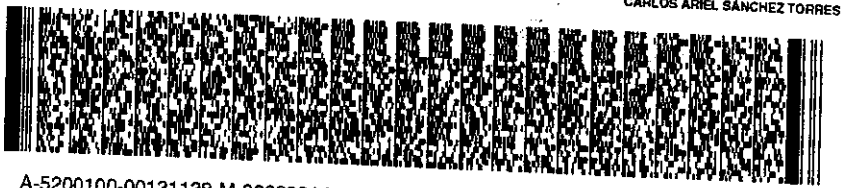
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-DIC-1968 SAN MARTIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00131138-M-0003281483-20081123 **0006**38914A 1 6760018003

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1514

Fecha de consulta: **27/10/2025**

Ficha: **500011011460300001742**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUIS ALBERTO**

Apellidos: **GOMEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **3281483**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **05/11/2022**

Última actualización ciudadano: **05/11/2022**

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

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

"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**

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3281483
NOMBRES	LUIS ALBERTO
APELLIDOS	GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/28/2025 15:50:55	**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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION 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
LUIS	ALBERTO	GOMEZ	

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: 3281483

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	9	14

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

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	35.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	34.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b770.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7501.322 s7502.412

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.1 d598.1 d879.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LESLY MARITZA VELASQUEZ SALCEDO	Terapia ocupacional	CC-1074131005
JAVIER CAMILO GARCIA BARBOSA	Psicología	CC-1121935303
WILSON PULIDO CASTAÑEDA	Medicina	CC-79411187

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

1517

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.
NIT. 892.000.265 - 1

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
50001010700000460000950000001	0	2025-01-08T11:20:23 2025-01-08T18:40:37

CÓDIGO USUARIO	066452
FACTURA No.	32774309
PERÍODO FACTURADO:	26-11-2024 - 26-12-2024

DATOS DEL SUSCRIPTOR

ALVAREZ MARTINEZ MARCOLINO
222222222222
K 15 26 41ESTE MZ 16B CS 8A
MARACOS ZE - 19138

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	1		27-01-2025

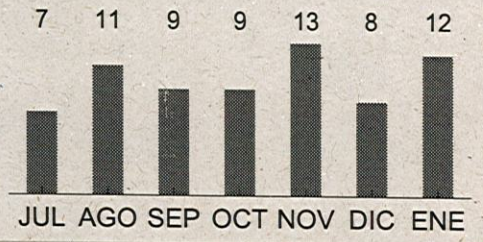
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
26	2604 ORDEN 260429850000 835	1/2	1810038794	61406

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 10

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
1123	1111	12	12

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.379,69	7.379,69	4.870,60	0	2.509,09
Consumo Basico	0 - 16	12	2.825,37	33.904,44	22.376,93	0	11.527,51
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					27.247,53	0	14.036,60
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.220,57	6.220,57	4.105,58	0	2.114,99
Consumo Basico	0 - 16	12	2.816,47	33.797,64	22.306,44	0	11.491,20
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				40.018,21	26.412,02	0	13.606,19
TOTAL MES				81.302,34	53.659,54	0	**27.642,80**
Total Items 5							

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	1,53
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-1.404,33
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.404,33
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	1,53

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COATIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

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

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

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

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT409802

pague a tiempo

PAGUE HASTA
23-ENE-2025

TOTAL A PAGAR
26.240

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 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 94d5459f3b3bb1cdc6199bce720f2d7724b4fdc3d2a9820b0567c18f094bdf279f92a2acad0594d4bac7f2d60d4b39b8

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

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago
· Banco de Occidente · Bancolombia · Banco de Bogotá · Cajeros ATH
· Banco BBVA · Consuerte · Itaú · COTREM
· Puntos Redeban · EFECTY · Banco de Popular · Banco Agrario
www.eaav.gov.co
PAGOS EN LÍNEA pse

BANCO

CÓDIGO USUARIO
066452
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
32774309

(415)7709998000414(8020)32774309(3900)0000026240(96)20250123

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
23-ENE-2025	26.240

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

Impreso por: dipapeles SAS NIT 860028580-2 20810
Proveedor Tecnológico: Alcanodos S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: Facturación

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

Fecha: 25 | OCT | 2025 **Centro Vida:** Anilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Claudia Lopez de Gutierrez
Fecha y lugar de nacimiento:	22 Abril 1964 Quetame "Cimarra"
Edad: 61	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 20851086.

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	X	No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B1
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Salud Total
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cr 42 21-10				
Municipio:	Vico	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3222898795

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Cesar Oswaldo Gutierrez
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	———
Telefono: 313 8203288	**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

María Claudia López

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Claudia Lopez de Gutierrez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

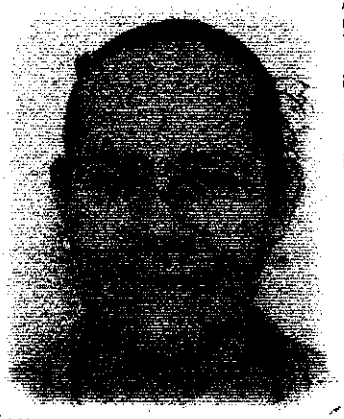
Cargo Auxiliar de Enfermeria

1719

CÉDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 20.851.086



Apellidos
LOPEZ De GUTIERREZ

Nombres
MARIA CLAUDIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F

Fecha de nacimiento	G.S
22 ABR 1964	A+

Lugar de nacimiento
QUETAME (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
20 OCT 1982, QUETAME

Firma
Maria claudia lópez

Fecha de expiracion
07 SEPT 2033

.CO

030911080

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL030911080015211<<<<<<<<<<<
6404220F3309070COL20851086<<<4
LOPEZ<DE<GUTIERREZ<<MARIA<CLAU

1520

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500010991148300001030

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA CLAUDIA

Apellidos: LOPEZ DE GUTIERREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20851086

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/08/2021

Última actualización ciudadano: 25/06/2025

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	20851086
NOMBRES	MARIA CLAUDIA
APELLIDOS	LOPEZ DE GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. - CM	SUBSIDIADO	01/10/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:43:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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 900[illegible]

Calle 37A 42-33 Barrio Nuevo
Vía La Andrea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918615
Desde cualquier operador:
316 927 6615
WhatsApp: 316 555 7464

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

320312235

*"El no pago de su factura de energía en las fechas establecidas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o 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".*

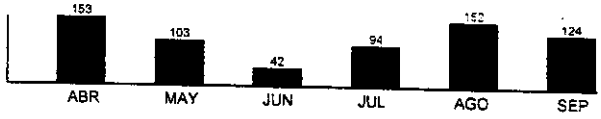
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 10:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:41 | CUDE | 5087bd384a84dc0079a2132f3a3f0e64852f7fbb13a7afe8fa5c937c221aa0ceabf02d272a7df9c72dcfec16dfe4f1

Suscriptor: MALLERLY OSPINA PAMO

Dirección: CR 11 21 10 AP 1 BRR LOS MARACOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 13605 Lectura Actual 13729
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 117
Documento No.: DES4187085
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $61780 20-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025 05-09-2025
Ruta: 10-1006572170

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8291800	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1254	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	94
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.64
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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
396.9 (Valor kWh con SUBSI) x 124 (Consumo en kWh) $49,464

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$111,456
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-61,993
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$49,464
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,115
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$1,116

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $50,580

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

17-SEP-2025	18-SEP-2025	**$50,580**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025 Ruta: 10-1006572170

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
320312235	**17-SEP-2025**	**$50,580**

(415)7709998002449(8020)0320312235(3900)0000050580

emsa

Nit 900[illegible]

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES 7133 Enero-25-2002
VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Electrificadora del Meta S.A. Nit 892 000 770-6 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

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria Ines Mancera Bejarano					
Fecha y lugar de nacimiento:		04 Julio 1951					
Edad:	74	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		21 225 903			
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	X	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**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cle 24 -19 18e						
Municipio:	Vicio.		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla	
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:**	—

Nota Aclaratoria: Adulto mayor manifiesta No tener Acudiente ni Acompañante

	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

María Ines Manceza

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Ines mancera Bejarano

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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





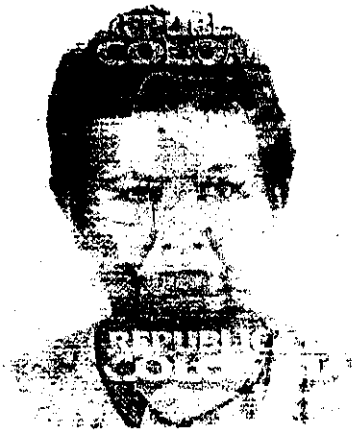
Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Meiy Gaizon

Cargo AUX Enfermeria

1524

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **21.225.903**

MANCERA BEJARANO

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES

María Inés Mancera

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1951**

MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5200100-01022965-F-0021225903-20180716 **0061**935257A 1 9904991224

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1525

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500010921454500004563

C6

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA INES

Apellidos: MANCERA BEJARANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21225903

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/08/2021

Última actualización ciudadano: 04/08/2021

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

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

1526

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	21225903
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	MANCERA BEJARANO
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	13/07/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:36:06	**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".

1527
5021

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

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

171038390

"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 | 2025-09-07 10:10 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:11 | CUDE | 92cb5c7d773bb1f3601bdd1ef6dca2a6294b76c00b9d0ea16f8b057317fcbe55f57f2ab4fcb403aefc7f78ae64824767

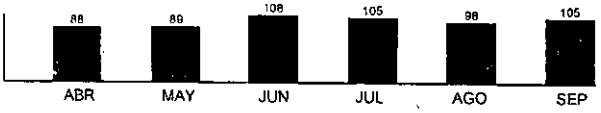
Suscriptor: GERARDINO A GUTIERREZ

Dirección: CL 24 19 18 E MZ 18 CS 5 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

1452

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 15954 Lectura Actual 16059
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 95
Documento No.: DES4181630
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $39830 13-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006330730

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8297629	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT2137	(VC) Veces a compensar	0
(CC) Causa de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	105
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Perdidas 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 (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					898.84

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

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 105 (Consumo en kWh)	$41,885
VALOR NETO:	$94,378
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-52,494
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$41,885
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$944
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$946

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $42,830

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha límite de pago	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	**$42,830**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006330730

Código del cliente 171038390

Fecha de vencimiento 17-SEP-2025

Valor a pagar $42,830

(415)7709998002449(8020)171038390(3900)0000042830

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No 012635 de DIC.14 2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No 0017 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio Electrificadora del Meta SA Nit 892.002.210-6 SVDE-EMSA

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Ines Toires
Fecha y lugar de nacimiento:	25 marzo 1954 Acacias.
Edad: 71	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21 230 417

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**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 17b 33b-33				
Municipio:		**Estrato:**	1	**Barrio:**	El Milagro
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3124128379

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	wilber Giovani Toires.
Relacion con el adulto mayor:	Hijo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3134682113	**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

María Ynes Torres

Firma del adulto mayor

Nombre: María Ines Torres.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria.

1529

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **21.230.417**

APELLIDOS
TORRES

NOMBRES
MARIA INES

FIRMA
María Inés Torres





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1954**
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUL-1975 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 5200150 0090798 F 0021230417-20170531 0055548668A 1 1664455261

1130

Fecha de consulta: 29/10/2025

Ficha: 500010921148400008782

B6

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA INES

Apellidos: TORRES

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

21230417

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/02/2022

Privacidad - Condiciones

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 IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	21233417
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/****
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS 'CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S'	SUBSIDIADO	12/06/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/29/2025 10:51:06	**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.

5854

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

171070620

1532

2302 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".

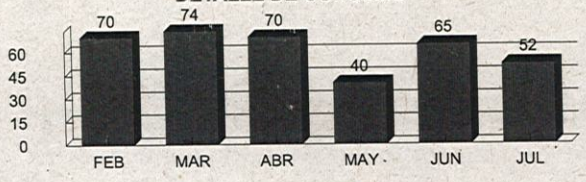
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-07-09 14:16 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-09 14:26 | CUDE | 845637d3f154f2aeb036c6ebb87f1a4053726ce95da2310601fd9275f959f2610aa8a0cfc629e2eb3691d61b38e9f3e7

Suscriptor: JOSE ALVARO GONZALEZ CARPETA

Dirección: CR 17B 33B 33 E BRR MILAGRO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 8016
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8068
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 66
Documento No.: DES3363569
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: 9263[illegible] 14-06-25
Periodo Facturado: 06-05-2025/06-07-2025
Ruta: [illegible]6351830

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	[illegible] (S)	FACTOR
HOL	1408[illegible]1448	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-JUL-2025 03:0[illegible]

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL [illegible]	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI0403	(HC) Horas Compensadas	0
[illegible] Transformador	VIT2055	(VC) Veces a compensar	0
[illegible]o de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	40
(DIU) Duración en horas de interrupciones	18.094	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	37	(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

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 52 (Consumo en kWh)	$20,664
VALOR NETO:	$47,192
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-26,528
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$20,664
Impuesto AP	$472
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$476
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$21,140

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
18-JUL-2025	19-JUL-2025	$21,140

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

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

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

Impreso por: [illegible] S.A.S. NIT: 8600[illegible] 43834

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	María Nelly López Castrillon		
Fecha y lugar de nacimiento:	19-Dic-1946 Anserma Caldas		
Edad: 78	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 21 220 638		

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**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple	X		
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cle 23 129-33				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracos
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3114480821

2. ACUDIENTE

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

Nota Aclaratoria: Adulto mayor manifiesta que la Tia Marisol no tiene Telefono.

	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



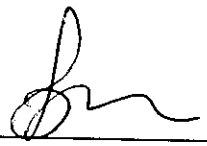


Firma del adulto mayor

Nombre: María Nelly López Castrillón

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de enfermeria

1134

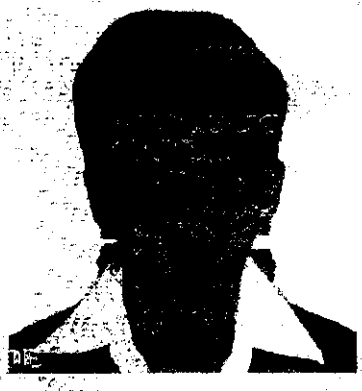
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.220.638**

LOPEZ CASTRILLON
APELLIDOS

MARIA NELLY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1946**

ANSERMA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-FEB-1968 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5205000-00252009-F-0021220638-20100824 0023553203A 1 34840337

1535

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001038745400001627

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA NELLY

Apellidos: LOPEZ CASTRILLON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21220638

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/08/2019

Última actualización ciudadano: 15/08/2019

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

1536

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	21220638
NOMBRES	MARIA NELLY
APELLIDOS	LOPEZ CASTRILLON
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	12/04/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión:	10/24/2025 18:24:21	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

emsa
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 8055
WhatsApp: 318 555 7464

www.electrificadoradelmeta.com.co

CÓDIGO DEL CLIENTE
356074507

-250909-01:50EMSA2025v2

"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".

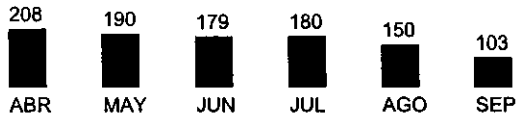
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 10:39 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:40 | CUDE | 8b931b240b68b1c4984abf803545f98e3489ecc5b228ee400f982b6a01c6d11c372c7097a5fea3cf1ac21ca92a0024c4

Suscriptor: **MARISOL CAMARGO JAIME**

Dirección: CL 23 12A 33 E MZ A BRR LOS MARACOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 27841 Lectura Actual 27944
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 181
Documento No.: DES4186993
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $42010 15-09-25
Periodo: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006571560

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071060697	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 16-SEP-2025 19:40

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Gran Ciudad	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1083	(VC) Vecas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	180
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 398.9 (Valor kWh con SUBS) x 103 (Consumo en kWh)	$41,087
VALOR NETO:	$92,581
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-51,494
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$41,087
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$926
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$926
Ajuste A la Decena	$-3
Pago aplicado a factura	$-42,010
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-42,013
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$0

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025	356074507	17-SEP-2025	$0

4157709998002449802003560745073900000000000

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 000012 Enero-25-2002
VIGILADA 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 aplica todos los efectos de una letra de cambio

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			María Ninfa Diaz de Rojas						
Fecha y lugar de nacimiento:			23-Dic-1948 Ibague Tolima						
Edad:	76	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP		**Número:** 21 231 118					

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**	C9
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 20 28A 39				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Carlos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	313 6113542

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luis Hernando Rojas D.		
Relacion con el adulto mayor:	Hijo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	[redacted]		
Telefono:	3213391366	**Correo:**	[redacted]

	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

Firma del adulto mayor

Nombre: María Ninfa Díaz de Rojas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery García

Cargo Aux de Enfermería

153

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
21.231.118
NUMERO

DIAZ DE ROJAS
APELLIDOS

MARIA NINFA
NOMBRES

María Ninfa
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-DIC-1948**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5200100-69152281-F-0021231118-20061206 **00743**06339C 02 212326435

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1540

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001058745800001255

C9

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA NINFA

Apellidos: DIAZ DE ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21231118

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/08/2019

Última actualización ciudadano: 08/08/2019

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	21231118
NOMBRES	MARIA NINFA
APELLIDOS	DIAZ DE ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/24/2025 11:46:49	**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

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

310063349

1542

-250918-10:03EMSA2025v2

"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".

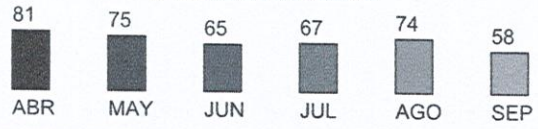
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 10:19 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:21 | CUDE | af2e708b470c3aec11c1d19f6529d5de9e7b19187d70bb41ebd1410f682accc604c17623d31da49faa246d0583bd8a35

Suscriptor: **MARIA NINFA DIAZ DE ROJAS**

Dirección: CR 20 28A 39 BRR SAN CARLOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



[redacted](1) A-S Lectura Anterior 26369 Lectura Actual 26427
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 76
Documento No.: DES4183517
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $30080 21-08-25
Periodo: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006451950

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060616923	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 08-SEP-2025 08:19

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Gran Ciudad	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT3701	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	67
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(FIUG) 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 $	308.6	Perdidas 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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 398.9 (Valor kWh con SUBS) x 58 (Consumo en kWh)	$23,136
VALOR NETO:	$52,133
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-28,997
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$23,136
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$521
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$524
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$23,660

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$23,660

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025	310063349	17-SEP-2025	$23,660

4157709998002449802003100633493900000000023660

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Anilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Marina. Rincon Acosta					
Fecha y lugar de nacimiento:		11 Enero 1954 Fomeque.					
Edad:	71	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		20530402			
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)	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	X	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**	Nueva EPS.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cl 25 bis 12-15						
Municipio:			**Estrato:**	1	**Barrio:**	maracoy	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3224782133	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Leidy. Johanna Diaz.		
Relacion con el adulto mayor:	Hija.		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—		
Telefono:	3103536493.	**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

Marina Rincón

Firma del adulto mayor

Nombre: Marina Rincon Acosta

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria

1744

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.530.402**

RINCON ACOSTA

APELLIDOS

MARINA

NOMBRES

Marina Rincon

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ENE-1954**

FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-NOV-1975 FOMEQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1507900-00131501-F-0020530402-20081125 0006925932A 2 17282857

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 28/10/2025

Ficha: 50001101745900001669

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARINA

Apellidos: RINCON ACOSTA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20530402

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 21/08/2019

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 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

1546

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	20530402
NOMBRES	MARINA
APELLIDOS	RINCON ACOSTA
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	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/28/2025 15:45:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT: 892002210-6
DIRECCIÓN BARZAL ALTO VIA LA AZOTEA – VILLAVICENCIO / PBX (8) 6514000-6510095
Atención Reclamos Línea 115 – Línea Gratuita 018000918615

A

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

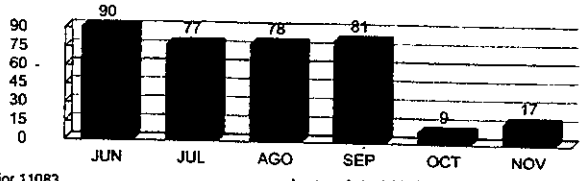
170713227

RECOMENDACIONES PARA AHORRAR ENERGÍA

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

Suscriptor: "MARINA RINCON ACOSTA"
Dirección: "CL 25 BIS 12 15 E BRR LOS MARACOS"
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 11083
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 11100
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 75
Factura No.: 201811170713227
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $990 21-10-18
Periodo Facturado: 07-10-2018/05-11-2018
Ruta: 10-1006553265

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DE LA FACTURA

Liquidación del consumo de energia:	
230.93 (Valor kWh con SUBS) x 17 (Consumo en kWh)	$3.926
VALOR NETO:	$9.259
Porcentaje de SUBSIDIO (58%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-5.333
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$3.926
Impuesto AP	$730
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$730
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
Compens. Calidad Servicio	$-3.302
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3.306
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$1.350

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071033911	1

FACTURACIÓN DE 09-NOV-2018

ESTRATO	1	CLASE	Urbano	CICLO	3
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Costo de Racionamiento (CR)	1338.26	Duración total Interrupción	16.08
Consumo Promedio Trimestre (CM)	106	Código Transformador	VIT1384
Valor a compensar	3302	Grupo Calidad	1

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	173.68	Perdidas reconocidas	PR $	33.59
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	34.04	Otros costos asociados al mercado de energia	O $	41.56
Transporte en el sistema de distribución local	D $	194.26	Costo de comercialización	C $	67.51
Total costo unitario de prestación del servicio (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		544.64			

OPERADOR DE RED:	ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.		
TELÉFONO:	6610095	LINEA GRATUITA FIJO Y CELULAR	018000918615
DIRECCIÓN:	EDIFICIO BARZAL ALTO VIA AZOTEA		

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-NOV-2018	22-NOV-2018	$1,350

Impuesto AP Acuerdo 349/Dic-17

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	1,82%

CARLOS ALFONSO ROJAS HERNANDEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-10-2018/05-11-2018

Ruta: 10-1006553285

Código del cliente 170713227
Fecha de vencimiento 21-NOV-2018
Valor a pagar $1,350

(415)7709998002449(8020)0170713227(3900)0000001350

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 076 DIC-01-2016 DIAN - AGENTE AUTORETENEDOR RES No. 0547 Enero-26-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

Fecha: 27-10-2025	Centro Vida: Pinilla.
Hora de inicio: 9:30 am	Hora de Terminación: 10:30 an
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Marina Rincon Acosta.	Beneficiario
2. Hilda Maria Moreno.	Psicologa.
3.	

TEMA A TRATAR: Identificar riesgos y condiciones de. Vulnerabilidad del adulto mayor postulado a beneficiarios del centro vida.

DESARROLLO: Se realizo visita domiciliaria a la beneficiaria la señora: Marina Rincon Acosta con cc: 20530402, con 71 años, vive con su hija y en su seguridad. Social esta en calidad de beneficiaria de su hija por su condicion de salud, Paciente con enfermedad cronica que requier controles y medicacion diaria.

COMPROMISOS:
Continuar en su tratamiento medico y, asistir a controles medicos.

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Hilda Maria Moreno Hernandez Psicologa T.P. 185672	FIRMA O HUELLA: Marina Rincón
NOMBRE: Hilda Maria Moreno	NOMBRE: Marina Rincon Acosta.
IDENTIFICACION: 40189664.	IDENTIFICACION: 20530402.
CARGO: Psicologa.	

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Miguel Martin Castillo								
Fecha y lugar de nacimiento:	01 oct 1933 Tibirita Cundinamarca								
Edad:	92	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 293 142							
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	X	Contributivo	X		
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado			
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado			
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial			
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B3		
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Cajacopi		
		NARP		Múltiple					
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**					
Dirección:	Cl 26 146 -14								
Municipio:			**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracoy			
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3115101234			

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Dolores Moreno
Relacion con el adulto mayor:	Esposa
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 310 3562747	**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

Firma del adulto mayor

Nombre: Miguel Martin Castillo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux de Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 293.142

MARTIN CASTILLO
APELLIDOS

MISAEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1933**
TIBIRITA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-NOV-1955 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500106-45143973-M-0000293142-20060321 **06288** 06076A 02 203184041

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011531671100001261

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MISAEL

Apellidos: MARTIN CASTILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 293142

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/11/2023

Última actualización ciudadano: 02/11/2023

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**

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	293142
NOMBRES	MISAEL
APELLIDOS	MARTIN CASTILLO
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 - CM	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/24/2025 17:44:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Línea 115 (solo operador Medellín)
Línea gratuita nacional:
018000919615
Desde cualquier operador:
316 027 8025
WhatsApp: 318 556 7464

Opciones para pagar sus facturas de servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

273963912

"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 | 2025-09-07 10:36 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:37 | CUDE | 6ed727c3265ff019cd8f36126e0821f4a2d4cbf98538d7ad3c49b38e8f375d4678e0ceae832d012590566ffc5ee01c74

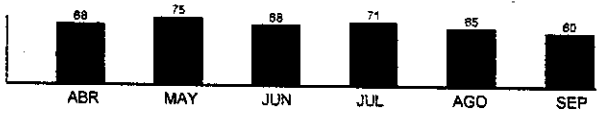
Suscriptor: DOLORES MORENO VARGAS

Dirección: C 26 14B 14 ESTE MZ 25 CA 11 P 2 Br MARACOS

6575

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 14643 — Lectura Actual 14703
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES4186538
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $26420 19-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006552795

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071037888	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT10327	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	71
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 60 (Consumo en kWh)	$23,934
VALOR NETO:	$53,930
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-29,996
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$23,934
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$539
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$539
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$24,470

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha de Suspensión	Fecha de Corte	Valor a Pagar
17-SEP-2025	18-SEP-2025	**$24,470**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025 Ruta: 10-1006552795

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
273963912	**17-SEP-2025**	**$24,470**

(415)7709998002449(8020)0273963912(3900)0000024470

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 000042 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

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

1154

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

Fecha: 27-10-2025	Centro Vida: Pinilla
Hora de inicio: 9:30am	Hora de Terminación: 10:45am.
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. Misael Martin castillo	Beneficiario
2. Hilda María Moreno	Psicologa
3.	

TEMA A TRATAR: Identificar riesgos y condiciones de vulnerabilidad del adulto mayor postulado a beneficios del centro vida.

DESARROLLO: Se realiza visita domiciliaria al beneficiario: Misael Martin castillo, con cc: 293142 con 92 años de edad, paciente que requiere de cuidador permanente, en su seguridad social en calidad de beneficiario de su hijo, es paciente crónico y esta en tratamiento medico, medicado a diario el necesario su seguridad social

COMPROMISOS: Continuar con su tratamiento medico y asistir a los controles medicos.

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: Hilda María Moreno Hernández Psicóloga REG 18[illegible]2	FIRMA O HUELLA: Misael Martin C
NOMBRE: Hilda María Moreno	NOMBRE: Misael Martin castillo.
IDENTIFICACION: 40859662.	IDENTIFICACION: 293 142
CARGO: Psicologa.	

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

Fecha: 25 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Ofelia Maria Murcia					
Fecha y lugar de nacimiento:		02 - Junio - 1949					
Edad:	76	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**		41435348			

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	X	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**	Cajacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 11a este 21-29					
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracos	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	310 678 6900

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Deysi Rocio Acosta Murcia		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
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

Ofelia María Murcia

Firma del adulto mayor

Nombre: Ofelia María Murcia

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de enfermeria

1776

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

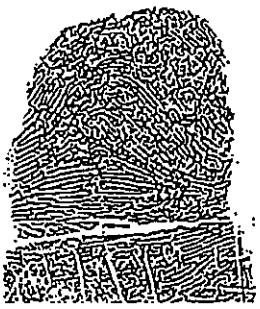
NUMERO **41.435.348**

MURCIA
APELLIDOS

OFELIA MARIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-1949**

EL CALVARIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-AGO-1970 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5200100-69148921-F-0041435348-20060710 **06417** 06191A 02 190576175

Sisbén

1177

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001027745200001991

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: OFELIA MARIA

Apellidos: MURCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41435348

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 06/10/2022

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 HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ADORA DE LOS RECURSOS DEL SIST
: SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - AI

afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – B
General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

ca del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	41435348
NOMBRES	OFELIA MARIA
APELLIDOS	MURCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

1 :

ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FI DE AFIL
AJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	13/07/2008	31/12/

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:45:23	**Estación de origen:**	192.168.70.220

registrada en esta página es reflejo de lo
égimen Subsidiado y el Régimen Contributiv
n 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Pro
153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, nc
nexo técnico, los lineamientos y especifica
el reporte y actualización de las bases de

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

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	066756
FACTURA No.	34086349
PERÍODO FACTURADO:	25-07-2025 - 26-08-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010107000003900010500000001	0	2025-09-04T11:20:23 2025-09-04T12:34:32

DATOS DEL SUSCRIPTOR

MURCIA OFELIA
222222222222
K 11A ESTE 21 29
MARACOS
ZE - 20342

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		23-09-2025

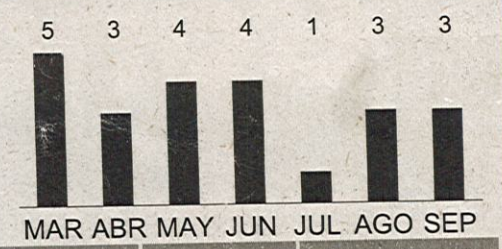
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA		DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
26	2604 260466400000	ORDEN 1624	1/2	1710470217	28645

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 3

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
722	719	3	3

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.861,06	7.861,06	2.829,98	0	5.031,08
Consumo Basico	0 - 16	3	2.507,01	7.521,03	2.707,57	0	4.813,46
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.507,01	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.507,01	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					5.537,55	0	9.844,54
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.626,33	6.626,33	2.385,48	0	4.240,85
Consumo Basico	0 - 16	3	2.636,59	7.909,77	2.847,52	0	5.062,25
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.636,59	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.636,59	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				14.536,10	5.233,00	0	9.303,10
TOTAL MES				29.918,19	10.770,55	0	**19.147,64**

Total Items 4

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-3,02
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-3.524,62
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-3.524,62
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	-3,02

CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	5.031,08	Cargo fijo AL	4.240,85
Consumo Básico AC	1.604,49	Consumo Básico AL	1.687,42
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 SETT1705945

pague a tiempo

PAGUE HASTA
19-SEP-2025

TOTAL A PAGAR
15.620

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 d5468a5d31108f2c9ff10fc1b55ee06f0b7fce85c6a42d331c1ac43da5cc4fb6d4a66a29b52c5505bccb49b136bec438

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
066756
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
34086349

(415)7709998000414(8020)34086349(3900)0000015620(96)20250919

PAGUE HASTA
19-SEP-2025

TOTAL A PAGAR
15.620

Espacio para sello del banco o registro de pago electrónico

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

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

Fecha: 25 | agost | 2025 **Centro Vida:** Manila.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	OTilia Vargas Viuda de Duarte
Fecha y lugar de nacimiento:	11-Agosto-1939. Chinatiua "Boyaca"
Edad: 86	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 23750451

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**	B7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Caja Copi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 11a E21-29				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Maracos
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3133509015

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Martha Janet Alfonso Vargas
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	40389981.
Telefono: 3133509015	**Correo:** mayalva2011@Hotmail.com

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	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

Otilia Vargas

Firma del adulto mayor

Nombre: otilia. vargas viuda de Duarte

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.750.451**

VARGAS Viuda de DUARTE

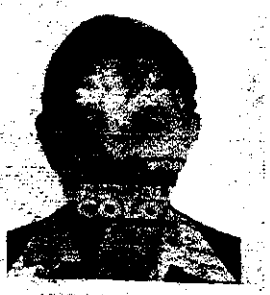
APELLIDOS

OTILIA

NOMBRES

Otilia Vargas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1939**

CHINAVITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

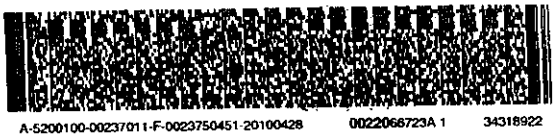
1.53 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

18-NOV-1960 MIRAFLORES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00237011-F-0023750451-20100428 0022066723A 1 34318922

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1162

Registro válido

Fecha de consulta: 26/10/2025

Ficha: 50001045745000002133

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: OTILIA

Apellidos: VARGAS VIUDA DE DUARTE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 23750451

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2019

Última actualización ciudadano: 18/07/2024

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

1563

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	23750451
NOMBRES	OTILIA
APELLIDOS	VARGAS VDA DE DUARTE
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	01/12/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/26/2025 17:43:37	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

10731

474895063

"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".

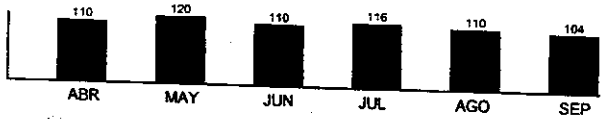
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-07 10:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:41 | CUDE | 813d7d856c51188b2f036b6a53ff90040a03d0edec683380498a2a64a41236295 9c4d0bc4ea7e76ed1762b3e27ec75ca

Suscriptor: MARTHA YANETH ALFONSO VARGAS

Dirección: CR 11 A E 21 29 BRR LOS MARACOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 18906 Lectura Actual 19010
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 115.
Documento No.: DES4187093
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $44710 20-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006572230

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	80071706	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
[illegible] Transformador	VIT1254	(VC) Veces a compensar	0
[illegible]go de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	116
[illegible](DU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

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

Liquidación del consumo de energía:
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 104 (Consumo en kWh) $41,486

VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$93,479
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-51,994
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$41,486
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$935
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$935
Ajuste A la Decena	$-1
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$42,420

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$42,420

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 10-1006572230	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
07-08-2025/05-09-2025		474895063	17-SEP-2025	$42,420

(415)7709998002449(8020)0474895063(3900)0000042420

emsa
Nit. 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

7141

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

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

Fecha: 05 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Pablo Emilio Soto Lucuara.								
Fecha y lugar de nacimiento:	01 Marzo 1947 Uribe								
Edad:	78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	6.666.975						

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**	C5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 22 18 E 13 Marco Antonio Pinilla						
Municipio:	Villavicencio		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	314 484 2085	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Mary Garzon		
Relacion con el adulto mayor:	Cuidadora		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	3202892739	**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		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



Firma del adulto mayor

Nombre: Pablo Emilio Soto Lucaita

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria

1566

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6.666.975**

SOTO LUCUARA

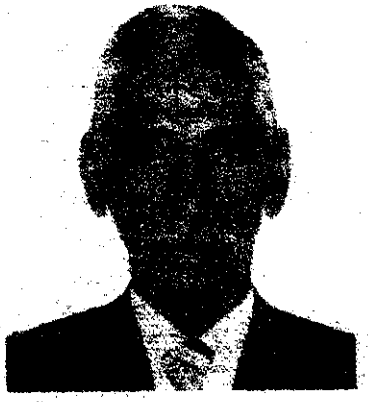
APELLIDOS

PABLO EMILIO

NOMBRES

Pablo Emilio Soto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1947**

URIBE
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-1969 SAN JUAN DE ARAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4001000-00835209-M-0006666975-20160604 **00500**30373A 1 38167159

1567

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	6666975
NOMBRES	PABLO EMILIO
APELLIDOS	SOTO LUCUARA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/28/2025 11:35:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 28/10/2025

Ficha: 50001111745100000474

C5

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: PABLO EMILIO

Apellidos: SOTO LUCUARA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6666975

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/08/2019

Última actualización ciudadano: 06/03/2023

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 HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

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

Carrera 37A # 33-13 Barrio Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (sólo operador Movistar)
Línea gratuita nacional:
018000918515
Desde cualquier operador:
376 027 8035
WhatsApp: 318 555 7484

www.electrificadoradelmeta.com

FACTURA DE VENTA

269932005

"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".

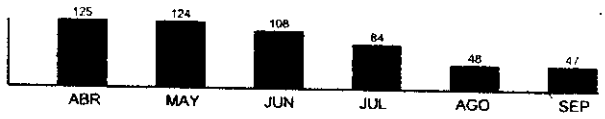
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-09-07 10:10	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-09-07 10:11	CUDE	ee0521a2de78acb07429c3c2cf5d851949f19082ace2ae0d9691c2993880e483cd26eb2d74ee2064d758822d58e4ac8b

Suscriptor: MARTHA NUBIA HOLGUIN DE FLOREZ

Dirección: CL 25 18 E 13 MZ 4 CS 32 BRR MARCO ANTONIO PINILLA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 16361 — Lectura Actual 16408
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 103
Documento No.: DES4181733
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $19510 19-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006331450

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 CONCEPTOS FACTURADOS

Liquidación del consumo de energía
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 47 (Consumo en kWh) $18,748

VALOR NETO.	$42,245
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,497
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$18,748
OTROS CONCEPTOS.	
Impuesto AP	$422
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS.	$422
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$19,170

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071066551	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIT003	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT1085	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	84
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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 $	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 (1) CU=G+T+D+Cv+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

Fecha de suspensión	Fecha de corte	Total a pagar
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$19,170

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-08-2025/05-09-2025

Ruta: 10-1006331450

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
269932005	17-SEP-2025	$19,170

(415)7709998002449(8020)0269932005(3900)0000019170

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

1557

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, SWKE-EMSA

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Parmenides Cabezas Quiñones
Fecha y lugar de nacimiento:	3C-DIC-1936 Barbacoas Nariño
Edad: 89	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 1906731

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero	X	Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		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**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	CL 229 17-18 este				
Municipio:	Villavicencio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pinilla
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	—

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ana Delma Ramos		
Relacion con el adulto mayor:	Nuera		
Identificación: ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	40 380 461		
Telefono:	3108590577	**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



Firma del adulto mayor

Nombre: Parmenides Cabezas Quiñones

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzón

Cargo Aux de Enfermeria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.906.731**

CABEZAS QUIÑONES

APELLIDOS

PARMENIDES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1936**

BARBACOAS
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-AGO-1959 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00912030-M-0001906731-20170609 **0055**753674A 1 6734426306

Sisbén

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001027745200002172

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PARMENIDES

Apellidos: CABEZAS QUIÑONES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1906731

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/08/2019

Última actualización ciudadano: 02/09/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

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

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

1173

9:48

nes.adres.gov.co

ADRES

DMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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

Resultados de la consulta

formación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1906731
NOMBRES	PARMENIDES
APELLIDOS	CABEZAS QUINONES
FECHA DE NACIMIENTO	··/··/··
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

tos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. - CM	SUBSIDIADO	01/08/2008	31/12/2999

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:48:32	Estación de origen:	192.168.70.220

información registrada en esta página es reflejo de lo repor tidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en c la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección soluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativ adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificacione erativas para el reporte y actualización de las bases de datos e opera la Administradora de los Recursos del Sistema guridad Social en Salud - ADRES".

specto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, s **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la liación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, e haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Su ha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliació**

3

1579

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

NIT. 892.000.265 - 1

CÓDIGO USUARIO	066960
FACTURA No.	34087878
PERÍODO FACTURADO:	25-07-2025 - 26-08-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010107000004450024500000001	0	2025-09-04T11:20:23 2025-09-04T12:07:52

DATOS DEL SUSCRIPTOR

ORTIZ CONDE MILLER
222222222222
C 22A 17 18ESTE MZ 24 CS 3
MARCO ANTONIO PINILLA ZE - 20760

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSION
RESIDENCIAL	1		23-09-2025

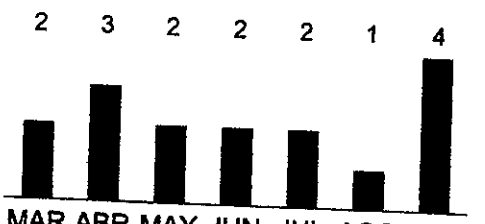
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
26	2605 ORDEN 260534300000 260	1/2	1710469549	28158

INFORMACION DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 2

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILLADO
1026	1022	4	4

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.861,06	7.861,06	5.188,30	0	2.672,76
Consumo Basico	0 - 16	4	2.507,01	10.028,04	6.618,51	0	3.409,53
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.507,01	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.507,01	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					11.806,81	0	6.082,29
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.626,33	6.626,33	4.373,38	0	2.252,95
Consumo Basico	0 - 16	4	2.636,59	10.546,36	6.960,60	0	3.585,76
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.636,59	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.636,59	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				17.172,69	11.333,98	0	5.838,71
TOTAL MES				35.061,79	23.140,78	0	11.921,01
Total Items 4							

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	-2,15
(-) Devolución x Inversiones ACU R287	-98,86
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-98,86
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	-2,15
CARTERA INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Cargo fijo AC	2.672,76	Cargo fijo AL	2.252,95
Consumo Básico AC	852,36	Consumo Básico AL	896,44
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 SETT1702552

pague a tiempo

PAGUE HASTA
19-SEP-2025

TOTAL A PAGAR
11.820

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

Somos Autorretenedores Res DIAN 057/2002
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MÉRITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
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 b49e91bec5532ddae4c11588e6d526ced2bb950cdd8b3136c865e3343fa464f02993eb85e4747a07dae3dfcb57aa9f25

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 PSE

eaav

BANCO

CÓDIGO USUARIO
066960
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
34087878

(415)7709998000414(8020)34087878(3900)0000011820(96)20250919

PAGUE HASTA	TOTAL A PAGAR
19-SEP-2025	11.820

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

Fecha: 25 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Anilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Pedro Julio Diaz
Fecha y lugar de nacimiento:	02 sept 1952 Ulcio.

Edad: 73 **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 17 307 067

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	X	Subsidiado	X
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C7
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO.		

Dirección:	Cra 15 269-03				
Municipio:	Ulcio	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Pedco
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3209904576

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maira Alejandra Diaz
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 3106581134 **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

Firma del adulto mayor

Nombre: Pedro Julio Diaz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Aux Enfermeria

1576

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.307.067**

DIAZ

APELLIDOS

PEDRO JULIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-1952**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-FEB-1975 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00210201-M-0017307067-20100122 **0020224880A 1** 6730623283

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

15-77

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 500011201567300020594

C7

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GLORIA ELENA

Apellidos: RIOS PEREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40365249

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/05/2023

Última actualización ciudadano: 15/05/2023

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

1573

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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	17307067
NOMBRES	PEDRO JULIO
APELLIDOS	DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/28/2025 08:06:25	**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

10126

11779

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

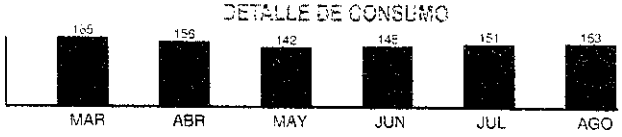
171727183

Suscriptor: ELIZABETH GOMEZ SALCEDO

Dirección: CR 15 26A 03 BRR RODEO

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 50015 — Lectura Actual 50168
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 154
Documento No.: DES3770224
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $61380 17-07-25
Periodo Facturado: 07-07-2025/06-08-2025
Ruta: 10-1006552580

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	C80106180	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICION: 09-AGO-2025 07:08

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

	VI1003		0
	VIT1067		0
	13		145
	18.43		20
	51		195.21
	26.92		25

% a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
	G $	313.65		PRS $	58.2
	T $	53.84		C $	15.46
	D $	265.83		R $	158.94
Total Cuv Calculado (Cuv 115-07) (monomio) Nivel 1					865.94
		0.49%			1.89

Consumo kWh | % Variacion kWh | Factores | Valor | Descripcion

DATOS DE FINANCIACION

VALOR FINANCIACION	CUOTA ACTUAL
SALDO FINANCIACION	CUOTAS PENDIENTES
INTERESES	VALOR CUOTA
VALOR FINANCIACION	
$0	SALDO EN RECAUDO $0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidacion de consumo de energia:
397.81 (Valor kWh con SUBS) x 153 (Consumo en kWh) $61.385

VALOR NETO	$102.439
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-71.624
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$60.865
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1.325
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1.325
DESCUENTOS	

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $62.190

Detalle portafolio

Convenio	Cuotas	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

20-AGO-2025	21-AGO-2025	**$62,190**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
07-07-2025/06-08-2025

Ruta: 10-1006552580

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
171727183	**20-AGO-2025**	**$62,190**

(415)7709998002449(8020)0171727183(3900)0000062190

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

Fecha: 25 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosa Aura Umaña Herrera
Fecha y lugar de nacimiento:	17-oct-1947 Chiquinquira Boyaca
Edad: 78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21 223 701

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**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cr 21e 33-91				
Municipio:		**Estrato:**	1	**Barrio:**	San Carlos
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	314 389 7259

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Betsabe Umaña
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	—
Telefono: 314 47 41 451	**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

Rosaura Umaña

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosa Aura Umaña Herrera

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery García

Cargo Aux de Enfermeria

1581

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.223.701

UMAÑA HERRERA
APELLIDOS

ROSA AURA
NOMBRES

Rosaura Umaña
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1947
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-NOV-1970 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00629953-F-0021223701-20141003 0040377018A 1 6733045733

3144747451

3143897259

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

1582

Registro válido

Fecha de consulta: 24/10/2025

Ficha: 50001012745500001419

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA AURA

Apellidos: UMAÑA HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21223701

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/08/2019

Última actualización ciudadano: 16/08/2019

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

15783

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	21223701
NOMBRES	ROSA AURA
APELLIDOS	UMAÑA 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	01/12/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 11:02:02	**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".

7524

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

360667084

1584

3991 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".

3426
273

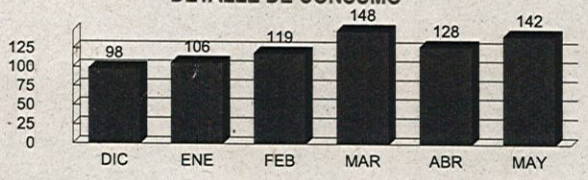
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-05-09 10:31 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-05-09 10:45 | CUDE | 71a51cde67e3d79ad211edadcb4a2f0bfa8b148c5c3d7d1686306628c9aec49190d844f8bf1cf17cf6deff5f1863420e

Suscriptor: **ROSA AURA UMAÑA HERRERA**

Dirección: CR 21 E 33 91CS 28 BRR SAN CARLOS

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 9345
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 9487
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 116
Documento No.: DES2563875
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $46530 12-04-25
Periodo Facturado: 06-04-2025/06-05-2025
Ruta: 10-1006471155

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15059900	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-MAY-2025 02:05

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

d. Circuito	VI0403	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	VIT5932	(VC) Veces a compensar	0
de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	148
(DIU) Duración en horas de interrupciones	19.144	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	42	(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

Liquidación del consumo de energía: 393.53 (Valor kWh con SUBS) x 142 (Consumo en kWh)	$55,881
VALOR NETO:	$125,363
Porcentaje de SUBSIDIO (55%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-69,482
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$55,881
Impuesto AP	$1,254
OTROS CONCEPTOS:	30
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	30 / To $1,259

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $57,140

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-MAY-2025	21-MAY-2025	$57,140

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 3 15 826 / 15 826 / 31 642

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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

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

Fecha: 25 | oct | 2025 **Centro Vida:** Pinilla.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosa Maria Barrios Triana
Fecha y lugar de nacimiento:	11 sept 1958 Rovira "Tolima"
Edad: 67	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 51587832

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)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	X	Física	X	Contributivo	X
Despojo de Tierras	X	Cuidador		Visual		Subsidiado	
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No-asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C9
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Nueva EPS
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cl 26 bis 14-51 este				
Municipio:	Ulao	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Manacos.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3245465568

2. ACUDIENTE

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

Nota Aclaratoria: Adulto Mayor manifiesta No tener Acudiente ni Acompañante

	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

Rosa María Barrios Triana.

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosa María Barrios Triana.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Mery Garzon

Cargo Enfermera.

1596

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.587.832
BARRIOS TRIANA
APELLIDOS
ROSA MARIA
NOMBRES



Rosa María Barrios Triana
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1958
ROVIRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

18-JUN-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00149973-F-0051587632-20090209 0009928555A 1 1160026304

Rosa María Barrios Triana
C.C. 51587832

1782

Sisbén

Fecha de consulta: 26/10/2025

Ficha: 5000102374560000213 1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA MARIA

Apellidos: BARRIOS TRIANA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 51587832

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2019

Última actualización ciudadano: 23/08/2019

Última actualización vía registros administrativos: 31/08/2025

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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 actualizacion 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	51587832
NOMBRES	ROSA MARIA
APELLIDOS	BARRIOS TRIANA
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:	10/26/2025 20:25:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

1589 5281

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

171138157

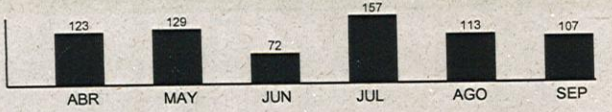
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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 | 2025-09-07 10:11 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-07 10:12 | CUDE | 3836459bc5600b92312f521ca92f751d03e4b8cb92cc032c5171aeed03591606057ece32e9e1f86c4705a48a9b399410

1709

Suscriptor: YOLANDA MAYORGA SOTO
Dirección: CL 26B E 14 51 BRR MARCO ANTONIO PINILLA
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(4) A-S Lectura Anterior 32385 — Lectura Actual 32492
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 113
Documento No.: DES4181878
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $45930 16-08-25
Periodo Facturado: 07-08-2025/05-09-2025
Ruta: 10-1006332415

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	080105611	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-SEP-2025 11:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	3
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIT003	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	VIT10327	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	157
(DIU) Duración en horas de interrupciones	21.692	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	48	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(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$	308.6	Perdidas 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
					898.84

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 107 (Consumo en kWh) $42,682

VALOR NETO:	$96,176
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-53,494
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$42,682
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$962
SUBTOTAL VALOR OTROS	$962
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,640

COTREM CONTROL 16 SEP 2025

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
17-SEP-2025	18-SEP-2025	$43,640

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. [illegible] Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
Superservicios
Electrificadora del Meta SA ,Nit. 892.002.210-6, SWDE-EMSA
Presente factura presta mérito ejecutivo Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio