2590

UNIÓN TEMPORAL
ADULTO MAYOR
2025

INSCRIPCIONES CENTRO VIDA PUERTO LÓPEZ

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

2391

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Carlos Enrique Bautista Rojas.					
Fecha y lugar de nacimiento:		30-05-1943 Pandi Cundinamarca					
Edad:	82.	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		3.114 711			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X.			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	Si	**Nivel Sisben**	B2.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cll 7 - 6 - 41						
Municipio:	Puerto lopez		**Estrato:**	3.	**Barrio:**	Bi Gaitan	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X.	**Telefono:**	3188012818	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Sandra Espitia.		
Relacion con el adulto mayor:	Hija.		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	318 801 2818.	**Correo:**	3

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Carlos Bautista

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

2592

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.114.711**
BAUTISTA ROJAS

APELLIDOS
CARLOS ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1943**
PANDI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-SEP-1964 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00087485-M-0003114711-20081002 0004006324A 2 1300010286

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	3114711
NOMBRES	CARLOS ENRIQUE
APELLIDOS	BAUTISTA ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	24/04/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/03/2025 10:34:37 | **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 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

Sisbén

2874

Fecha de consulta: 03/11/2025

Ficha: 505731421076300004754

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ENRIQUE

Apellidos: BAUTISTA ROJAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3114711

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 21/03/2025

Última actualización via registros administrativos: 21/03/2025

*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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

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

Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (solo operador Movistar)
Línea gratuita nacional: 018000918515
Desde cualquier operador: 316 027 8035
WhatsApp: 318 555 7464

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

250529509

28952

-251022-09:54EMSA2025v2

*"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".*

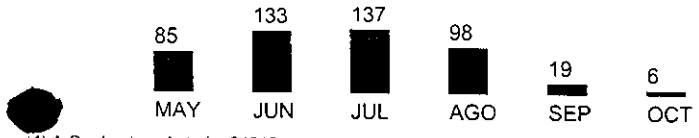
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-19 09:26 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-19 09:33 | CUDE | 2a68104f3eae54516bc1ef5d8d20bac42056a0b5046282e469f7bfaafc0a61ea916b356a519547cfa0b4940070c48481

Suscriptor: **IGNACIO RAMIREZ**

Dirección: CL 7 6 41 BRR GAITAN

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(4) A-S Lectura Anterior 24819 Tipo de Lectura Con Lectura — Lectura Actual 24825 Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 771.53 (Valor kWh con SUBS) x 6 (Consumo en kWh)	$4,629
VALOR NETO:	$5,446
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-817
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$4,629
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$436
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$441
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$5,070

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 94
Documento No.: DES4796974
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $15880 29-09-25
Periodo: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 24-2400083200

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	100116668	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 21-OCT-2025 14:54

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Pequeno Urba	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT41	(VC) Veces a compensar	0
[illegible]de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	98
[illegible] Duración en horas de Interrupciones	36.559	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(N°U) Numero total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(D[illegible]t) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	38

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energia al generador	G $	313.58	Perdidas reconocidas	PR $	58.68
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energia	D $	36.41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					907.68
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$5,070

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO

16-09-2025/16-10-2025

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
250529509	27-OCT-2025	$5,070

4157709998002449802002505295093900000005070

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012932 DE DIC 14 2010 AUTORRETENEDOR RES No. 0247 DIC/2004 AGENTE RETENEDOR DE IVA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio Electrificadora del Meta SA. Nit. 892.002.210-6. SWDE-EMSA

2396

	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:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria. Zoelia. Beceira
Fecha y lugar de nacimiento:	24-NOV-1949. -). Quinchia Risaralda
Edad:	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	Si	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	Si	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	Si	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B2.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Yacuana 2. Mz F CS 17.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Yacuana 2
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	320 571. 1958.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Delio Gonzalez.
Relacion con el adulto mayor:	Esposo
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	23 750.74.
Telefono: 320 571 1958	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

María Zoelia Becerra

Firma del adulto mayor

Nombre: María Zoelia Becerra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) 0

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

2897

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
BECERRA

NUIP 40.290.005

Nombres
MARIA ZOELIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento
24 NOV 1949

G.S. RH
AB+

Lugar de nacimiento
QUINCHIA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
29 ABR 1977, VISTA HERMOSA

Firma
María zoelia Becerra

Fecha de expiración
05 JUL 2034

.CO

049871708

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL049871708652080<<<<<<<<<<
4911243F3407057COL40290005<<<7
BECERRA<<MARIA<ZOELIA<<<<<<<<<

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	40290005
NOMBRES	MARIA ZOELIA
APELLIDOS	BECERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/09/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/04/2025 15:44:48 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

Sisbén

2324

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573001472500000045

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ZOELIA

Apellidos: BECERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40290005

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2024

Última actualización ciudadano: 09/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

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

892002210-6

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

18241

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

494211665

"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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-09-17 19:19	2025-09-17 19:37	a27e30415d2594b2ea50fb6c402d79bd31cd1eee685997c0b75e9b81a1d34d1d28dac3f38da9689c75ef76bb86e6f310

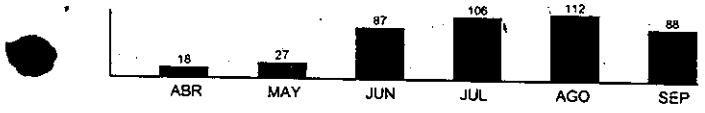
Suscriptor: MARIA ZOELIA BECERRA

Dirección: MZ F CS 17 UR YACUANA ET 2

Ciudad: Puerto Lopez

19039

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 566 — Lectura Actual 654
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 64
Documento No.: DES4400217
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $68430 06-09-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400131315

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	23104351	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeño Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	PLT17682	(VC) Veces a compensar	0
de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	106
(DIU) Duración en horas de interrupciones	55.157	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	21	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

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%

Subsidios y Contribuciones

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN	$268,176	CUOTAS PENDIENTES	12
INTERESES %	$0	No. DE CUOTAS	0
VALOR FINANCIACIÓN	$0		12
SALDO A FAVOR		SALDO EN RECLAMACIÓN	22,337
	$0		$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
398.9 (Valor kWh con SUBS) x 88 (Consumo en kWh) $35,103

VALOR NETO: $79,098
Porcentaje de SUBSIDIO (56%) $-43,995
Valor porcentaje de SUBSIDIO $35,103
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $3,955
Ajuste a la Decena $5
Cuota mes Financiacion Deuda $22,337

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $26,297

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $61,400

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

Pague antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	**$61,400**

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
17-08-2025/15-09-2025

Ruta: 24-2400131315

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
494211665	**26-SEP-2025**	**$61,400**

(415)7709998002449(8020)0494211665(3900)0000061400

emsa
NIT. 892002210-6

VIGILADO 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

2901

	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	2023	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Maxima Beinal Pinto				
Fecha y lugar de nacimiento:			10-12-1943 Pacho Cundinamarca				
Edad:	81	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		20.790.720			

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

Dirección:	Invasion Abel Rey				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey.
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:** 3232285077

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Vatima Jerral

Firma del adulto mayor

Nombre: Vatima Jerral

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: _____

Cargo _____

2902

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.790.720**
BERNAL PINTO

APELLIDOS
MAXIMINA

NOMBRES

Maximina Bernal Pinto

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1943**
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-FEB-1971 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1519000-00203622-F-0020790720-20091216 0019129219A 1 1410100066

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	20790720
NOMBRES	MAXIMINA
APELLIDOS	BERNAL PINTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/13/2025 09:06:47	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén

Fecha de consulta: 17/11/2025

Ficha: 25513008550600000552

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MAXIMINA

Apellidos: BERNAL PINTO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20790720

Municipio: Pacho

Departamento: Cundinamarca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/09/2019

Última actualización ciudadano: 18/09/2019

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: JULIETH ALEJANDRA FIGUEROA GAMBOA

Dirección: Carrera 16 No 7 - 29

Teléfono: 8540921 - 8540950

Correo Electrónico: secretariadedesarrollo@pacho-cundinamarca.gov.co

9768

www.electrificadora.com

251126969

Trabajamos con energía
NIT 8920022710-6

...pago de su factura...
...suspensión del servicio...
...interponer en...
...Electrificadora del Meta...
...Subsidio de...
...reconocen la pol...
...Inmediato".

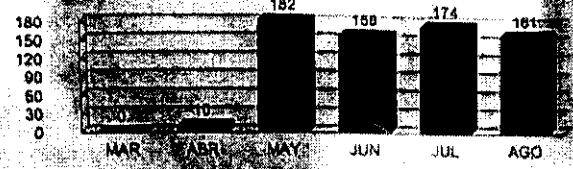
...estipuladas en el presente documento...
...decisión procede el recurso de...
...al cliente o canales de atención dispuestos...
...cinco (05) días hábiles siguientes a la notificación...
...Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios...
...suspensión del servicio por mora podrá realizarse...

Suscriptor: "ANA ALICIA CASTAÑEDA"

Dirección: "CL 4 CR 1 TANQUE 9 BRR ABEL REY"

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 13966
Tipo de Lectura Con Lectura

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 86
Factura No.: 2023082511269 69
Facturas Alrasadas :0

Lectura Actual 14127
Anomalia 0

Ultimo Pago: $92001 31-07-23
Periodo Facturado: 18-07-2023/17-08-2023
Ruta: 24-2400021605

INFORMACION TECNICA		
MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	190102333	1

FACTURACIÓN DE 20-AGO-2023

ESTRATO	1	CLASE	Urbano	CICLO	36
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD			
...Circuito	PL0102	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT34	(VC) Valor a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	158
(DIU) Duración en horas de interrupciones	6.462	(%I) Porcentaje de duracion del cargo	16
(FIU) Número total de interrupciones	13	(CD) Cargo de Distribución	172.78
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	46

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestacion del servicio de EMSA ($ / kWh)			
CONCEPTO		CONCEPTO	
...Generación...	321.6	Perdidas reconocidas PR $	61.05
Transporte en el sistema de interconexión nacional	40.87	Cargo comercialización en el mercado de comercialización	24.19
Transporte en el sistema de distribución local	242.36	...	94.02
Total costo unitario de prestación del servicio (moneda) (kWh)			08

Subsidio	Consumo kWh	V/r Unitario KW	Factura $	Interes Moratorio Residencial	49%
FOES $				Interes Moratorio No Residencial	%

DATOS DIFERIDOS			
VALOR FINANCIACIÓN	$239,850	CUOTA ACTUAL	3
SALDO FINANCIACIÓN	$181,218	CUOTAS PENDIENTES	6
INTERESES %	48	No. DE CUOTAS	9
VALOR FINANCIACIÓN			$30,204
SALDO A FAVOR	$0	SALDO ENREDAMADO	$243,562

DETA...

Liquidación del consumo de energía
309.51 (Valor kWh con SUBS) * 161 (Consumo en kWh) $49,831

VALOR NETO	$124,5?6
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-74,746
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$49,831
Saldo Anterior	$4
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$6,229
Interes por Financiacion	$870
Cuota mes Financiacion Deuda	$30,200
SUBTOTAL VALOR OTROS	$37,303
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$87,130

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
31-AGO-2023	01-SEP-2023	$87,130

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

Código de Ref. 251126969 Fecha 31-AGO-2023 $87,130

(415)7709998002449(8020)025112...(3900)000008...

emsa
Trabajamos con energía
NIT 8920022710-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

...CONTRIBUYENTE RÉGIMEN COMÚN RES. NO. 12574 DE DIC. 26 DE 2008 ... VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS...

...Prestación de servicios públicos domiciliarios... Art. 130 de la Ley 142 de 1994 ... todos los efectos se estimará a una tasa del 2% mensual.

www.electrificadora.com

7906

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

Fecha: 20 | 04 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Pedro Alfredo Berdugo Arango.					
Fecha y lugar de nacimiento:		16-NOV-1954. Acacias meta					
Edad:	70	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 3.271.069.					

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	X.	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	

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

Dirección:	Cll 14a # 9a - 84				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Victoria
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X.	**Telefono:**	312.347.8188.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Luz stella. Torres.		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	30.002.902.		
Telefono:	312 347 8188.	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Pedro Alfredo Cadiz

Firma del adulto mayor

Nombre: Pedro Beidugo.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera.

290

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.272.069

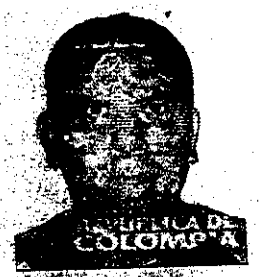
BERDUGO ARANGO

APELLIDOS

PEDRO ALFREDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1954

ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-ENE-1976 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5204500-00144439-M-0003272069-20081230 0009136491A 2 7250000437

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 29/10/2025

B5

Ficha: 50573001472500000121

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PEDRO ALFREDO

Apellidos: BERDUGO ARANGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3272069

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/08/2021

Última actualización ciudadano: 12/12/2017

Última actualización via registros administrativos: 31/08/2025

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

"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: MONICA PIEDRAHITA PABO

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Cent

Teléfono: 6451867 - 31386531

Correo Electrónico: sisben@puertolopez-meta.gov

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

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

290

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	3272069
NOMBRES	PEDRO ALFREDO
APELLIDOS	BERDUGO ARANGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/06/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/29/2025 19:17:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

17828

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

118252681

"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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-09-17 19:18	2025-09-17 19:35	0124e1747b0a9555b983e4ec16724588eb23ae5cc40e23bee3833598ee9ad61fbb5f1cc27d7b6e76cde6b7049dcc6828

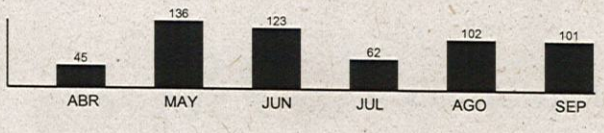
Suscriptor: PEDRO ALFREDO BERDUGO ARANGO

Dirección: CR 14A 9A 84 BRR LA VICTORIA

17626

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 19790
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 19891
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 83
Documento No.: DES4399820
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $56910 27-08-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400124310

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8285978	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	PLT123	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	62
(DIU) Duración en horas de interrupciones	58.434	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	36	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
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: 498.64 (Valor kWh con SUBS) x 101 (Consumo en kWh)	$50,363
VALOR NETO:	$90,783
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	$-40,420
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$50,363
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$6,355
Ajuste a la Decena	$2
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$6,357
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$56,720

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	$56,720

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-08-2025/15-09-2025	Ruta: 24-2400124310	118252681	26-SEP-2025	$56,720

(415)7709998002449(8020)0118252681(3900)0000056720

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
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

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

2911

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

Fecha:	29	10	2025	Centro Vida:	Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Maria Ines Bermudez.					
Fecha y lugar de nacimiento:		28-02-1953					
Edad:	73.	**Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** 28.646.598.					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A3.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nuevo EPS	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Barrio Policarpa Invasion Cl 12 Cll 2.						
Municipio:	Puerto lopez		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Policarpa	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	312 463.4066.	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

María Inés Bermúdez

Firma del adulto mayor

Nombre: María Inés

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo AUX Enfermería

2912

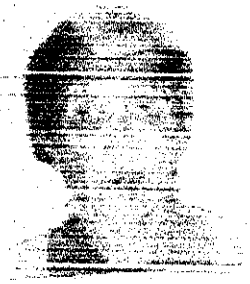
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.648.596
BERMUDEZ

APELLIDOS
MARIA INES

NOMBRES

FIRMA





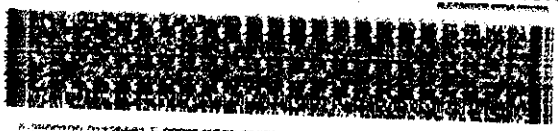
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1953
TOCAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-ENE-1975 COTAIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



2913

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	28646598
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	BERMUDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/07/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/05/2025 09:56:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

2914

Sisbén

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 50573133468600002797

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA INES

Apellidos: BERMUDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28646598

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/03/2022

Última actualización ciudadano: 29/03/2022

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251487571

12772

2915

"El no pago de su factura en la fecha estipulada en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio. Para [illegible] decisión [illegible] curso de reposición, el cual deberá interponer en los [illegible] de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA E.S.P. dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio podrá realizarse en cualquier momento".

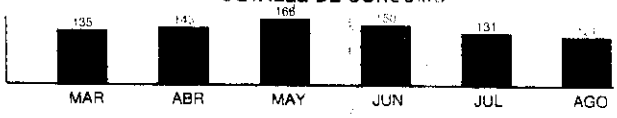
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-08-18 09:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-18 09:56 | CUDE | 8f29e215c565ffafd875a318d4b943e781b05d4f582e4cf6def9ae97b705a6a3a23259f60ab7e601d148f5af5688e7d72

Suscriptor: CLODOMIRO PICO AYALA

Direccion: CR 12 CL 2 BRR POLICARPA

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 15641 — Lectura Actual 15762
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 148
Documento No.: DES3984719
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago $58000 31-07-25
Periodo Facturado: 17-07-2025 16-08-2025
Ruta: 24-2400071630

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	100125878	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICION 18-AGO-2025 10:08

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT101	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	150
(DKI) Duración en horas de interrupciones	36.404	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(NKI) Numero total de interrupciones	34	(Dd Cargo de Distribución	195.21
(RUG) Meta por duración	35.98	(FUG) Meta por frecuencia	48

Vlr a Compensar $ 0

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 y gastos del Comercializador	C $	15.48
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.83	Costo de la comercialización	C $	158.94
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+Cv+PR+R		565.94
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolucion

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 121 (Consumo en kWh)	$48.135
VALOR NETO:	$104.779
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-56.644
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$48.135
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$5.239
SUBTOTAL VALOR OTROS	$5.239
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$53.370

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-AGO-2025	28-AGO-2025	**$53,370**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
17-07-2025/16-08-2025 Ruta: 24-2400071630

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
251487571	27-AGO-2025	$53,370

(415)7709998002449(8020)0251487571(3900)0000053370

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero 25-2002 12563
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio Electrificadora del Meta SA Nit 892 002 240-6 SWDE-EMSA

2916

	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:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Parmenio Bolaños Benito					
Fecha y lugar de nacimiento:		20-04-1941 -> Palma Cundinamarca					
Edad:	84	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 304 269.					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjeria, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X.	Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)	X.	Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	X.	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X.
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM	NO.	**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cll 9 # 0 13-55 Barrio Vergel.						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	B Vergel.		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X.	**Telefono:**	3112181397.	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Teresa Melo.		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa.		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	20.696.459.		
Telefono:	3112181397.	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Parmenio Bolaños

Firma del adulto mayor

Nombre: Parmenio Bolaños

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: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2917

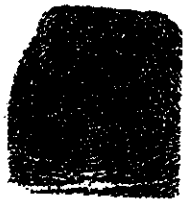
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
304269
NUMERO

BOLAÑOS BENITO
APELLIDOS

PARMENIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1941
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-MAY-1963 LA PALMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DARIO GOMEZ

A-1500111-43099842-M-0000304269-20020321 00882 020798 02 111139825

Sisbén

2910

Fecha de consulta: 31/10/2025

Ficha: 505731331076300007056

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PARMENIO

Apellidos: BOLAÑOS BENITO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 304269

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/12/2024

Última actualización ciudadano: 04/04/2025

Última actualización vía registros administrativos: 23/12/2024

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en las siguientes fases:

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
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migracion Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal b del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013

2919

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	304269
NOMBRES	PARMENIO
APELLIDOS	BOLAÑOS BENITO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	04/06/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 09:57:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

Calle 37A #35-25 Barrio Alf
Vía La Apiay - Villavicencio
Línea Única Nacional
018000 938635
Desde cualquier operador
316 021 6035
WhatsApp 316 021 6035

COPIA DEL CLIENTE

114225699

2920

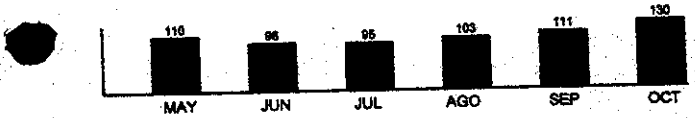
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:31	2025-10-19 09:38	045c240139bb128b6d5b4e389fa11af9ac891fa2a4781a4bea6774b1d9ca6e1bc1696733c12372006d4ee21a5693e0e5

Suscriptor: REINALDO BELTRAN
Dirección: CL 9 13 55 BR EL VERGEL APT 5
Ciudad: Puerto Lopez

14934

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17040 — Lectura Actual 17170
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 109
Documento No.: DES4798269
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $62330 22-09-25
Periodo Facturado: 18-09-2025/18-10-2025
Ruta: 24-2400100205

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL CONSUMO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 499.57 (Valor kWh con SUBS) x 130 (Consumo en kWh)	$64,944
VALOR NETO:	$117,998
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	$-53,054
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$64,944
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$8,260
SUBTOTAL VALOR OTROS	$8,260
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$73,200

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8273512	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-OCT-2025 10:10

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Mal. Circuito	PLT0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT13575	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	103
(DIU) Duración en horas de interrupciones	36.559	(%c) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	36

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 $	313.58	Pérdidas reconocidas	PR $	58.88
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	36.41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		907.68			

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$73,200

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO 18-09-2025/18-10-2025 — Ruta: 24-2400100205

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
114225699	27-OCT-2025	$73,200

(415)7709998002449(8020)114225699(3900)0000073200

emsa
Nit. 892002210-6
VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
Superintendencia 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

2721

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

Fecha:	29	Oct	2025	Centro Vida:	Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Blanca Nieves Buitrago Rivera.				
Fecha y lugar de nacimiento:			19-07-1965.				
Edad:	60	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		31.006.796.			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	Si	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A3.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cr 1a # 3-60						
Municipio:	Puerto lopez.		**Estrato:**	1 bajo.	**Barrio:**	B. Abel Rey	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	313 414 6760.	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Hector Diaz		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	71'817.815.		
Telefono:	3134146760	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Blanca Nieves Buitrago

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo -

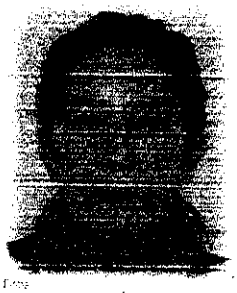
Cargo Aux Enfermera

2922

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 31.006.796



Apellidos
BUITRAGO RIVERA

Nombres
BLANCA NIEVES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 JUL 1965

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
FUENTE DE ORO (META)

Fecha y lugar de expedición
28 OCT 1983, PUERTO LLERAS

Firma

Fecha de expiración
22 ENE 2035

072576843

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL072576843652048<<<<<<<<<<
6507198F3501221COL31006796<<<7
BUITRAGO<RIVERA<<BLANCA<NIEVES

Sisbén

2423

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573045473300000086

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA NIEVES

Apellidos: BUITRAGO RIVERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 31006796

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/11/2017

Última actualización ciudadano: 07/12/2017

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: MÓNICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	31006796
NOMBRES	BLANCA NIEVES
APELLIDOS	BUITRAGO RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	16/12/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 10:12:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (Tele operador Nacional)
Línea gratuita nacional:
018000916515
Servicio al cliente: 738 555 4464

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

880415500

"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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
[illegible]	[illegible]	858c1ab7030496[illegible]

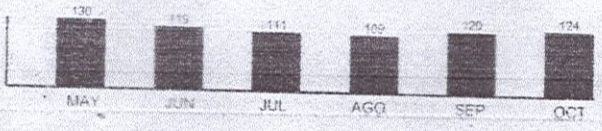
Suscriptor:

Dirección: BLANCA NIEVES SUTRAGO RIVERA
CR 1A 3 60 BRR ABEL REY

Ciudad:
Puerto Lopez

10291

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17922
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 18046
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 118
Documento No. DES479360

Ultimo Pago: $53260 22-09-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025

DATOS DE FINANCIACION

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE $0

Liquidación del consumo de energía:
399.64 (Valor kWh con SUBS) x 124 (Consumo en kWh) $49,555

VALOR NETO $112,552
Porcentaje de SUBSIDIO (56%) $-62,997
Valor porcentaje de SUBSIDIO $49,555
[illegible] VALOR CONSUMO
Impuesto AP $5,628

SUBTOTAL $55,628
DESCUENTOS $-3
Ajuste A la Decena

VALORES DESCUENTOS $-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $55,180

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	110202741	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

ESTRATO		ZONA		CICLO	
CLASE	1	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	36

Residencial

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
Cód. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	
Tipo de calidad	PLT34	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	0
(FIU) Número total de interrupciones	42.342	(Dt) Cargo de Distribución	109
(DIUG) Meta por duración	32	(FIUG) Meta por Frecuencia	20
			198.25
Vlr a Compensar $			38

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07 Económico) Nivel ( )			CU=G+T+D+C+V+PR+R		177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$55,180

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID [illegible] VASQUEZ

[illegible] Valor

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012633 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 FORMATO DE INSCRIPCION A CENTRO VIDA	CÓDIGO	F-DS-26
		VERSIÓN	1

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Jucelida Bustamante Para.					
Fecha y lugar de nacimiento:		12-06-1964					
Edad:	61.	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 26.458.996.					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	Si	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	No	Cuidador	No	Visual	Si	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	No	Firmante de Paz	No	Auditiva	No	No asegurado	
Homicidio	No	Campesino	No	Sordoceguera	No	Especial	
Acto Terrorista	No.	Líder Religioso	No	Intelectual	No	**Nivel Sisben**	B2.
Otro		Indigena	No	Psicosocial	No	**EPS**	
		NARP	No	Múltiple	No	Famisanar.	
		ROM	No	**¿Cuenta con certificado?**	Si		
Dirección:	Cr 6-96						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	3	**Barrio:**	Bl. Gaitan.		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	318.574.5510.	

2. ACUDIENTE

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

Pag 2 de 2

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Lucelida Bustamante

Firma del adulto mayor

Nombre: 26458996

Relacion con el adulto mayor (si aplica)

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Paola Caicedo Aux Enfermeria

297

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **26.458.996**

BUSTAMANTE PARRA

APELLIDOS

LUCELIDA

NOMBRES

Lucelida Bustamante

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1964**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUN-1983 BARAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5204500-01100182-F-0026458996-20191001 0067966782A 1 9910093319

Sisbén

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 29/10/2025

Ficha: 505731341076300003311

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUCELIDA

Apellidos: BUSTAMANTE PARRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 26458996

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/03/2023

Última actualización ciudadano: 05/03/2023

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	26458996
NOMBRES	LUCELIDA
APELLIDOS	BUSTAMANTE PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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:	10/29/2025 15:16:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

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

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com
15937

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
399980276

"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".

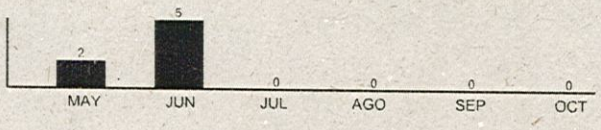
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN		FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN		CUDE	

Suscriptor:
Dirección: BERTILDA BERROTERAN DE CORREAL
CR 10 6 96 BRR GAITAN APT 1
Ciudad:
Puerto Lopez

15735

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

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 109 Lectura Actual 109
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 1 Ultimo Pago: $4000 24-06-25
Documento No.: 202510399980276 Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Facturas Atrasadas 0 Ruta: 24-2400104015

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170506265	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO	3	ZONA	19-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	36

Indicadores de calidad

SALDADA

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
Cód. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	PLT13707	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	0
(FIU) Número total de interrupciones	36.559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198.25
V/r a Compensar $	28.78		38

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Perdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R		396.4			177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 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		SALDO EN RECLAMACIÓN	

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE $0 $0

OTROS CONCEPTOS:

DESCUENTOS:

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$0

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
VIGILANCIA GERENTE

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

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025 Ruta: 24-2400104015	399980276	27-OCT-2025	$0

(415)7709998002449(8020)0399980276(3900)0000000000

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

2931

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
LUCELIDA		BUSTAMANTE	PARRA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	PUERTO LÓPEZ

1.7 Documento de Identidad

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

Número de documento de identidad: 26458996

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	11	29

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

800037979

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	4.17
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	37.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b210.4 b2101.4 b7101.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s2208.412 s230.352 s7302.322

3. Codigos Actividades y Participación

d175.1 d879.3 d910.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
FERNANDO MEDINA GRANADOS	Medicina	CC-17388048
SONIA ELISABETH TORO RODRIGUEZ	Enfermería	CC-40215579
DANIEL FERNANDO ROJAS VALERO	Fisioterapia	CC-88035431

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

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

Fecha: 24 | Oct | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Flor alba cabrera Diaz
Fecha y lugar de nacimiento:	Timana Huila - 23-DIC-1957.

Edad: 67. **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21.188 589

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	Si	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	Si	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cll 1a # 6-41.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Santander
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X.	**Telefono:**	3212668230

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Deisy Cabrera.
Relacion con el adulto mayor:	Hija

Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:		**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

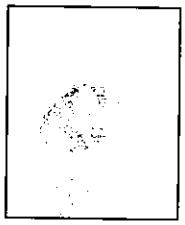
Flor Alba Cabrera Díaz

Firma del adulto mayor

Nombre: Flor Alba Cabrera Díaz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

234

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.188.589
CABRERA DIAZ
APELLIDOS
FLOR ALBA
NOMBRES

Flor Alba Cabrera Diaz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1957
TIMANA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	A+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

04-AGO-1977 RESTREPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204500-00298087-F-0021188589-20110506 0026887301A 1 3585016B

Sisbén

2935

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573016468600000862

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: FLOR ALBA

Apellidos: CABRERA DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21188589

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/07/2022

Última actualización ciudadano: 12/07/2022

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

2936

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	21188589
NOMBRES	FLOR ALBA
APELLIDOS	CABRERA DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 09:14:45	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

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

11640

CÓDIGO DEL CLIENTE
CLIENTE NÚMERO PARA CONSULTA Y PAGO

250854702

2937

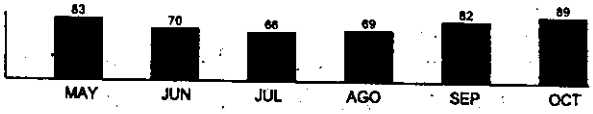
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:19	2025-10-19 09:26	66e57f1d17e416ee7e61d168dd85091826b8a6d43cb0cc0eb672cfde960e3c1bc92bc2160e5e17dbe400d08552700bd3

Suscriptor: MARIA INELDA DIAZ BURGOS
Dirección: CL 1A 6 41 BRR SANTANDER
Ciudad: Puerto Lopez

1438

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 15977 — Lectura Actual 16066
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 73
Documento No.: DES4794938
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $36400 01-10-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 24-2400043855

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	080106365	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeño Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT104	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	69
(DIU) Duración en horas de interrupciones	36.559	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	38

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Perdidas reconocidas	PR $	58.68
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 ( )			CU=G+T+D+Cv+PR+R		907.68
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
399.64 (Valor kWh con SUBS) x 89 (Consumo en kWh) $35,568

VALOR NETO: $80,784
Porcentaje de SUBSIDIO (56%) $-45,216
Valor porcentaje de SUBSIDIO $35,568
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $4,039
Ajuste a la Decena $3

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $4,042

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $39,610

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$39,610

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
16-09-2025/16-10-2025 Ruta: 24-2400043855

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
250854702	27-OCT-2025	$39,610

(415)7709998002449(8020)250854702(3900)0000039610

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 17 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio Electrificadora del Meta SA, Nit. 892.002.210-6, SWDE-EMSA

2933

	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:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Susana Cardozo
Fecha y lugar de nacimiento:	04- NOV - 1958

Edad: 67 **Identificación:** CC xTI RC TE CE PP **Número:** 21 244 958.

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	si	Cuidador	NO	Visual	¡Si	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B4.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cr 2 Cll 2 Cs A.				
Municipio:	Puerto lopez.	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	314.313.0308

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Cristobal Cuervo		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo.		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	93.201 672		
Telefono:	313.341.1430	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Susana cardozo

Firma del adulto mayor

Nombre: Susana cardozo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola caicedo

Cargo Aux Enfermera

2939

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.244.958**

CARDOZO

APELLIDOS

SUSANA

NOMBRES

Susana Cardozo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-NOV-1958**

PUERTO LOPEZ
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-1987 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00131285-F-0021244958-20081124 **0006**878702A 1 4990007685

Sisbén

2940

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 505731341076000000228

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SUSANA

Apellidos: CARDOZO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21244958

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/11/2021

Última actualización ciudadano: 08/11/2021

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

2941

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	21244958
NOMBRES	SUSANA
APELLIDOS	CARDOZO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 14:48:34	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

www.electrificadoradelmeta.com

242

483945253



FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | CUDE

2025-10-10 09:14 | 2025-10-10 09:21 | a9afc214...

Suscriptor:

Dirección: SUSANA CARDOZO
CR 2 2 04 BR ABEL REY APT 2

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 714 — Lectura Actual 812
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 36 — Ultimo Pago: $53810 24-09-25
Documento No.: DES4793855 — Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	2305102633	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	19-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE	2	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	38

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	0
Tipo de calidad	PLT104	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	23
(FIU) Número total de interrupciones	36,559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198,25
V/r a Compensar $	23		38

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907,68 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

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

Liquidación del consumo de energía:
499.57 (Valor kWh con SUBS) * 98 (Consumo en kWh) $48,968

VALOR NETO:	$48,968
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-30,095
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$48,968
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP...	$6,227
Ajuste a la Decena	$5
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$6,232

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$55,190

- Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID [illegible] VELASQUEZ

PERIODO

16-09-2025/16-10-2025 | Ruta: 24-24p0020321 | 483945253 | 27-OCT-2025 | $55,190

(415)7709998002449(8020)0483945253(3900)0000055190

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

Electrificadora del Meta S.A. Nit. 892002210-6
GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012335 de DIC.14-2018 AUTORRETENEDOR RES No. 0047 ENE.23-2008
VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

2943

	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:	Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Misael. Castillo.
Fecha y lugar de nacimiento:	19-06-1963 Fuente de oro meta
Edad: 63.	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 17.326 495.

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

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

Dirección:	Cr 2 # 5-57				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Barrio Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3108946810

2. ACUDIENTE

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

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

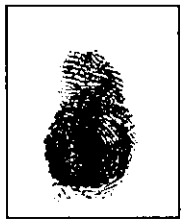
3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Yesael Castillo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2944

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.326.495
NUMERO

CASTILLO
APELLIDOS

MISAEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1963
FUENTE DE ORO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5204500-69148021-M-0017326495-20060824 00285 06234H 01 193459453

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 24/09/2024

Ficha: 50573021472900000274

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MISAEL

Apellidos: CASTILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17326495

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/03/2022

Última actualización ciudadano: 31/03/2022

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

2946

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	17326495
NOMBRES	MISAEL
APELLIDOS	CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	04/06/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:39:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

10649

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251420668

"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. Usted deberá interponerlo en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, en caso de entregar la factura inmediatamente la presentación del recurso no impide cualquier momento".

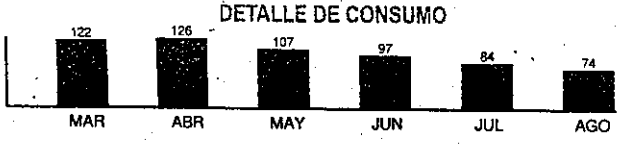
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-08-18 09:15 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-18 09:48 | CUDE | 67236d10e05743bd5a5ec49a8bc43e1dbd14dd63b690619f1d4b5d2dc314ac8fb981d995c9c08a3d5c4c32197203dcb5

Suscriptor: ASOSACION DE AMIGOS DE PTO

Dirección: CR 2 N 5 57 ABEL REY

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 26870 — Lectura Actual 26944
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 108
Documento No.: DES3982726
Facturas Atrasadas :1

Ultimo Pago: $37610 05-07-25
Periodo Facturado: 17-07-2025/16-08-2025
Ruta: 24-2400021450

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	080103403	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-AGO-2025 10:08

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSION

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT34	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	97
(DIU) Duración en horas de interrupciones	42.188	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	35	(Dt) Cargo de Distribución	195.21
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 0

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+C+PR+R					865.94
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:	
397.81 (Valor kWh con SUBS) x 74 (Consumo en kWh)	$29,438
VALOR NETO:	$64,080
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-34,642
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$29,438
OTROS CONCEPTOS:	
Saldo Anterior	$37,190
Impuesto AP	$3,204
Interes Mora	$182
SUBTOTAL VALOR OTROS	$40,576
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$70,010

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

INMEDIATO	INMEDIATO	**$70,010**

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cáncelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-07-2025/16-08-2025	Ruta: 24-2400021450	**251420668**	**INMEDIATO**	**$70,010**

(415)7709998002449(8020)0251420668(3900)0000070010

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

10440 Enero-25-2022 GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 000076 de DIC 1-2016 DIAN - 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 S.A. Nit: 892.002.210-6. SVCE-EMSA

2948

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

Fecha: 29 | MAO | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jaime Ceballos Isaza
Fecha y lugar de nacimiento:	16-02-1956.

Edad: 69 **Identificación:** CC xTI RC TE CE PP **Número:** 7.523.283

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X.
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B3
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 6 b # 16-28.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	los mangos.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	322.3822978.

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

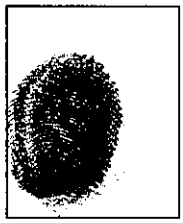
5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: JAIME CEBALLOS IBAZA

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Calcedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Calcedo

Cargo Aux Enfermeria

2949

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.527.283

CEBALLOS ISAZA
APELLIDOS

JAIME
NOMBRES

José Ceballos J.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-1956

QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

11-ABR-1977 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500160-00193896-M-0007527283-20091121 0018180565A 1 1300112305

2950

Sisbén

Fecha de consulta: 28/10/2021

Ficha: 50573134976000000114

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JAIME**

Apellidos: **CEBALLOS ISAZA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **7527283**

Municipio: **Puerto López**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 23/09/2021

Última actualización via registros administrativos: 23/09/2021

***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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No. 5-35

Teléfono: 6452738

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

ADRES

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7527283
NOMBRES	JAIME
APELLIDOS	CEBALLOS ISAZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	29/07/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 10/28/2021 15:06:50 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

15881

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
252773714

15674

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

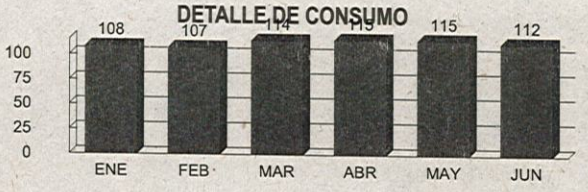
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-18 10:36 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-18 11:04 | CUDE | 87ce2898e58e1693b2850fb8425843535427dd9a0775c6a0e6f20c04f49c0ad9fc6cd16a3c4b3f6b289011260771c815

Suscriptor: LUZ MARINA CEBALLOS ISAZA

Dirección: CL 6B 16 28 MZ A CS 5 BRR LOS MANGOS

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 19888
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 20000
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 112
Documento No.: DES3183361
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $45710 30-05-25
Periodo Facturado: 17-05-2025/16-06-2025
Ruta: 24-2400110475

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SKA	851617	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	.067
Cód. Transformador	PLT118	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	115.088
(DIU) Duración en horas de interrupciones	44.315	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	35	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 4542.52

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 112 (Consumo en kWh)	$44,365
VALOR NETO:	$96,204
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-51,839
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$44,365
Impuesto AP	$4,810
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$4,810
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
Compens. Calidad Servicio	$-4,543
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4,545
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$44,630

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-JUN-2025	28-JUN-2025	$44,630

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

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

2953

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Cristobal Cuervo Sandoval.
Fecha y lugar de nacimiento:	07-marzo-1964-). Purificacion Tolima
Edad: 61.	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 93.201.672.

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	C2.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva Eps	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cr 2 Cll 2 CS 4.				
Municipio:	Pto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X.	**Telefono:**	313 341 1430

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Susana Cordozo		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	21.244 958		
Telefono:	3133411430	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

Cristóbal Cuervo Z

Firma del adulto mayor

Nombre: Cristóbal Cuervo Z

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo AUX Enfermeria

2954

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.201.672**

CUERVO ZABALA

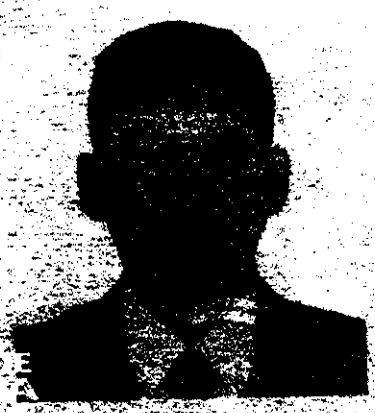
APELLIDOS

CRISTOBAL

NOMBRES

Cristobal Cuervo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1964**

PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-NOV-1982 PURIFICACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00121182-M-0093201672-20081104 **0005**235562A 1 24791212

Sisbén

295

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 505731421076300002372

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CRISTOBAL

Apellidos: CUERVO ZABALA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 93201672

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/07/2024

Última actualización ciudadano: 23/07/2024

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:	MONICA PIEDRAHITA PABON
Dirección:	Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central
Teléfono:	6451867 - 3138653192
Correo Electrónico:	sisben@puertolopez-meta.gov.co

2956

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	93201672
NOMBRES	CRISTOBAL
APELLIDOS	CUERVO ZABALA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 14:49:43	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

www.electrificadoradelmeta.com

483945253

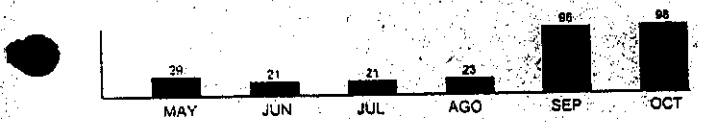
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-13 09:14 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-13 09:21 | CUDE

Suscriptor:

Dirección: SUSANA CARDOZO
CR 2 2 04 BR ABEL REY APT 2

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 714
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 812
Anomalia 0

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

Liquidación del consumo de energía:
498.57 (Valor kWh con SUBS) x 98 (Consumo en kWh) $48.958

VALOR NETO: $48.953
Porcentaje de SUBSIDIO (45%) 5-39 995
Valor porcentaje de SUBSIDIO $48.958
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS: $6.227
Impuesto AP $5
Ajuste a la Decena

Consumo Promedio UIL 6 Meses: 36
Documento No.: DES4793855

Ultimo Pago: $53810 24-09-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $6.232

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	2305102633	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	19-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE	2	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	36

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
Transformador	PLO102	(VC) Veces a compensar	0
Tipo de calidad	PLT104	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	23
(FIU) Número total de interrupciones	36.559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198.25
	V/r a Compensar $		38

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Perdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.66
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) $/(monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$55,190

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID [illegible]

PERIODO FACTURADO | RUTA | CUENTA CONTRATO | FECHA LÍMITE DE PAGO | TOTAL A PAGAR

16-09-2025/16-10-2025 | Ruta: 24-2400020321 | 483945253 | 27-OCT-2025 | $55,190

(415)7709998002449(8020)0483945253(3900)0000055190

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 0047 Enero 25-2002 AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero 25-2002 VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

10266

295

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

Fecha:	29	NOV	2025	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Hector Diaz						
Fecha y lugar de nacimiento:	04-Dic-1959 San martin meta						
Edad:	65.	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	7.817.815.				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A3.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO.	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cr 1a # 3-60				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	320 671. 7325

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Blanca Buitrago		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	31006796.		
Telefono:	320671 7325	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

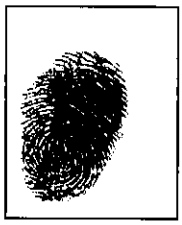
Hector Díaz

Firma del adulto mayor

Nombre: Hector Díaz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 7.817.815



DIAZ

HECTOR

COL	1.68	M
04 DIC 1959	O+	

SAN MARTIN (META)

04 SEPT 1978, PUERTO LLERAS

Hector Diaz

03 JUL 2034

049697803

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL049697803652048<<<<<<<<<<
5912041M3407035COL7817815<<<<8
DIAZ<<HECTOR<<<<<<<<<<<<<<<<

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	7817815
NOMBRES	HECTOR
APELLIDOS	DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	16/12/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 10:10:51	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Sisbén

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573045473300000086

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HECTOR

Apellidos: DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7817815

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/11/2017

Última actualización ciudadano: 07/12/2017

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

emsa

Línea 115 (Información, Reclamos y Peticiones)
Línea gratuita nacional
018000938615
Puerto Gaitán
316 627 8555
Puerto López 316 536 7464

10498

CÓDIGO DEL CLIENTE
Cite este número para su consulta o pago

880415500

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente podrá dar 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".

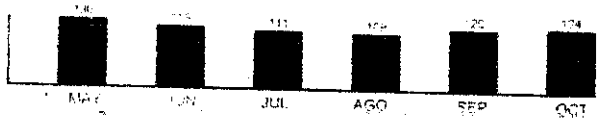
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE

Suscriptor:

Dirección: BLANCA NIEVES BUITRAGO RIVERA
CR 1A 3 60 BRR ABEL REY

Ciudad:
Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17922 — Lectura Actual 18046
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 118
Factura de No. DES47938a0

Ultimo Pago: $53260 22-09-25
Periodo Facturado: 18-09-2025/16-10-2025

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	110202741	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	19-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE	1	CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	36

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
Cód. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	
Tipo de calidad	PL134	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(Pct) Porcentaje de descuento del cargo	0
(FIU) Número total de interrupciones	42.342	(D) Cargo de Distribución	109
(DIUG) Meta por duración	32	(FIUG) Meta por Frecuencia	20
		V/r a Compensar $	198.29
			55

Costos Unitarios de Representación del Servicio de EMSA (8 CUVs)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07 y Homonimo) Nivel			CU=G+T+D+Cv+PR+R		177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 1.58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACION

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE $0

Liquidación del consumo de energía
999.64 (Valor KWH con SUBSI) x 174 (Consumo) =

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)
Valor porcentaje de SUBSIDIO
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
Impuesto AP

SUBTOTAL
DESCUENTOS
Ajuste a la Decena

VALORES DESCUENTOS 0-3

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $55.180

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0.00

27-OCT-2025	28-OCT-2025	$55,180

Impuesta AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID [illegible] RODRIGUEZ

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 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 892.012.210-0, SWIFT-EMSA

2963

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

Fecha:	25	Nov	2025	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Alcira Diaz.					
Fecha y lugar de nacimiento:		24-10-1947.					
Edad:	78	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		21.244.047.			
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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A2.
Otro	No	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Mz D Cs 8						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Yacuana 2.		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3105025331	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Diana Diaz

Firma del adulto mayor

Nombre: Diana Diaz.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.244.047

DIAZ

APELLIDOS

ALCIRA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1947

GUADALUPE
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

03-OCT-1983 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5204500-00156571-F-0021244047-20090518 0011523012A 1 28444906

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2965

Fecha de consulta: 12/11/2025

Ficha: 505731341076000002722

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALCIRA

Apellidos: DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21244047

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/08/2022

Última actualización ciudadano: 12/08/2022

Última actualización via registros administrativos:

2906

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	21244047
NOMBRES	ALCIRA
APELLIDOS	DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/15/2025 09:32:04 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

Calle 37A 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

494092000

2962

17894

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

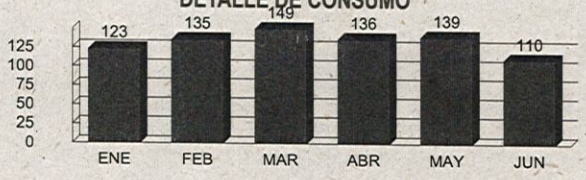
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-18 10:40 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-18 11:13 | CUDE | c99f9e8dae55eeb37a1cd76444ee546b21a8361f0ca6aa97da7f4f72467fbe98457b1da8b4c2119afb748b0ccd874292

Suscriptor: DERLY YANETH ARANGO DIAZ

Dirección: MZ D CS 8 UR YACUANA ET 2

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 834
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 944
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 131
Documento No.: DES3185510
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $77280 03-06-25
Periodo Facturado: 17-05-2025/16-06-2025
Ruta: 24-2400131125

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	23104510	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	.548
Transformador	PLT17682	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	136.104
(DIU) Duración en horas de interrupciones	52.067	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	14	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 5372.02

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN	$268,176	CUOTA ACTUAL	9
SALDO FINANCIACIÓN	$67,035	CUOTAS PENDIENTES	3
INTERESES %	.48	No. DE CUOTAS	12
VALOR FINANCIACIÓN		$22,349	
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 110 (Consumo en kWh)	$43,573
VALOR NETO:	$94,486
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-50,914
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$43,573
Impuesto AP	$4,724
OTROS CONCEPTOS:	
Interes por Financiacion	$230
Cuota mes Financiacion Deuda	$22,349
SUBTOTAL VALOR OTROS	$27,303
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
Compens. Calidad Servicio	$-5,372
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-5,376
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$65,500

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-JUN-2025	28-JUN-2025	$65,500

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO
17-05-2025/16-06-2025

Ruta: 24-2400131125

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
494092000	27-JUN-2025	$65,500

(415)7709998002449(8020)0494092000(3900)0000065500

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
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
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 dicopeles S.A.S. NIT. 860.063.560-2 40978

2962

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

Fecha:	24	10s	2025	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Herminda Forero Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	13-NOV-1952
Edad: 73	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21 243 430.

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)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)	X.			Otro		Otro	

Condición de Victima		Enfoque Diferencial		Discapacidad		Seguridad Social	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	X
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	C3
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Sanitas.	
		ROM	NO	¿Cuenta con certificado?			

Dirección:	Cl 9 69 = 19-04.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	la esquina
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	311.233 1197.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Isaias Moreno Forero.
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		

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

Gloria Miranda Dorado Rios

Firma del adulto mayor

Nombre: Hermida Dorado Rodriguez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2167

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.243.430**
FORERO RODRIGUEZ
APELLIDOS
MARIA HERMINDA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-NOV-1952**
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-OCT-1979 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00144439-F-0021243430-20081230 0009138297A 2 7250000174

Sisbén

297

Fecha de consulta:	25/09/2025
Ficha:	50573133976000001006

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA HERMINDA

Apellidos: FORERO RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21243430

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	15/02/2024
Última actualización ciudadano:	15/02/2024
Última actualización vía registros administrativos:	

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MONICA PIEDRAHITA PABON
Dirección:	Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central
Teléfono:	6451867 - 3138653192
Correo Electrónico:	sisben@puertolopez-meta.gov.co

2971

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	21243430
NOMBRES	MARIA HERMINDA
APELLIDOS	FORERO RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:33:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ S.A E.S.P - ESPUERTO S.A E.S.P

NIT 900.237.479-7 | Calle 5 N° 6 - 16 Local 21B Centro Comercial Los Pinos Puerto López - META

Línea de atención al usuario: 313 564 4330 | Línea de atención PQR: 321 484 9230

FACTURA DE VENTA N° 1199758

FECHA DE EXPEDICIÓN 20/10/2025

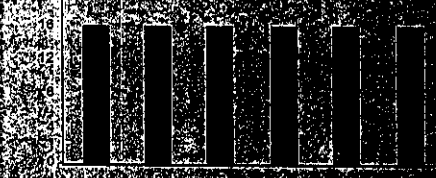
DATOS DEL USUARIO	CÓDIGO SUSCRIPTOR	USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
FORERO RODRIGUEZ MARIA HERMIND	Ruta 1913 61	Res	1	01/10/2025 - 31/10/2025
K 19 6A 05 C 6A 19 04 14 ESQ	01 0198 0009 0			
MODELIA	N° MEDICIÓN	CÓDIGO DE REFERENCIA	PERIODOS ATRASADOS	CONSEC. INT
		01 00 0198 0009 000		

ASEO

+CCS C: Comercialización suscriptor	$	1940
+CCS A: Aprovechamiento	$	582
+CLUS C: Limpieza urbana suscriptor	$	5.176
+TBL C: Barrido y limpieza suscriptor	$	8.300
= CF: CARGO FIJO	$	15.998
+CRT C: Recolección y transporte	$	1.780
+CDF C: Disposición final	$	2.621
+CML C: Tratamiento lixiviados	$	983
+VBA: Aprovechamiento	$	10.192
= CV: CARGO VARIABLE	$	24.576
VAOR FACTURADO	$	40.574
= CF + CV	$	28.401
SUBSIDIOS	$	
+CONTRIBUCIÓN	$	
= TOTAL ASEO	$	12.173

ACUEDUCTO

CONSUMO DE LOS ULTIMOS 6 MESES



		5.876
CMA: Cargo fijo	$	29.602
CML: Cargo por consumo	$	
		16
consumo en M3		
Subtotal	$	35.477
Contribución	$	
Subsidios	$	24.834
TOTAL ACUEDUCTO	$	10.643

ALCANTARILLADO

		3.641
CMA: Cargo fijo	$	9.777
CML: Cargo por consumo	$	
		16
Vertimiento en M3		
		18.418
Subtotal	$	
Contribución	$	9.393
Subsidios	$	
Devolución	$	4.025
TOTAL ALCANTARILLADO	$	

ESTADO DE LA CUENTA

FINANCIACIÓN

Valor		Cuota Act	
Saldo		Cuota Pen	
Intereses	0	Cuota N°	de
Valor Mes			26.84

OTROS

CONCEPTO	VALOR
Reconexión	
Matriculas	
Otros	
Mora	
TOTAL OTROS PAGOS	
Ajuste	

JUAN G. DUARTE PEREA
GERENTE

FECHA LIMITE DE PAGO
Noviembre 7/2025

TOTAL A PAGAR
$ 26.800

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ S.A E.S.P - ESPUERTO S.A E.S.P - NIT 900.237.479-7

FACTURA DE VENTA N° 1199758

DATOS DEL USUARIO	CÓDIGO SUSCRIPTOR	USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
FORERO RODRIGUEZ MARIA HERMIND	Ruta 1913 61	Res	1	01/10/2025 - 31/10/2025
K 19 6A 05 C 6A 19 04 14 ESQ	01 0198 0009 0			
MODELIA	TOTAL 26.800	CÓDIGO DE REFERENCIA	PERIODOS ATRASADOS	CONSEC. INT
		01 00 0198 0009 000		

(415)7709998732049(8020)1199758(3900)0000026800(96)20251106

1199758

Hazlo fácil: paga tu factura en línea haciendo clic en el botón PSE en www.espuerto.gov.co

2993

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: Puerto Lopez
Hora de inicio: 9-30 AM	Hora de Terminación: 10-15 AM
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. JULIETH ASOUCHEZ	Psicologa.
2. Maria Herminda Forero	Beneficiaria.
3.	

TEMA A TRATAR:

Identificación de Riesgos y condiciones de vulnerabilidad del adulto mayor postulado

DESARROLLO: Se identifica que la señora Maria Herminda Forero, vive sola, tiene diagnostico de osteoporosis y artritis manifiesta preocupación constante relacionada con su situación y la limitada red de apoyo familiar lo que puede generar sentimientos vulnerabilidad y dependencia

Su participación en el centro vida se considera necesaria para favorecer su bienestar integral, su estabilidad emocional y Promover su autonomia dentro de sus posibilidades Fisicas

COMPROMISOS:

Continuar con el tramite del sisben, y a Fue solicitada la visita.

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: JULIETH ASOUCHEZ NOMBRE: JULIETH ASOUCHEZ IDENTIFICACION: 114634 CARGO: Psicologa.	FIRMA O HUELLA: Maria Herminda Forero NOMBRE: Herminda Forero IDENTIFICACION: 21.243.430

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

Fecha: 25 (DD) | 10 (MM) | 2025 (AAAA) **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria luz Aida Gutierrez Herrera
Fecha y lugar de nacimiento:	16-04-1962 Riohacha Valle.
Edad:	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 38.201.218

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	Si	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	Si	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B2.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Slud Total.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Invasion Abel Rey.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	323.228 5077.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Fanyani Gutierrez.
Relacion con el adulto mayor:	Hija
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	
Telefono: 3232285077.	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: María Luz Aida Gutierrez M

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria.

2475

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 38.201.218

Apellidos
GUTIERREZ HERRERA

Nombres
MARIA LUZ AIDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F

Fecha de nacimiento	G.S.
16 ABR 1962	O+

Lugar de nacimiento
RIOFRIO (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
19 OCT 1981, PLANADAS

Firma
Maria Luz Aida Gutierrez H

Fecha de expiración
03 ABR 2033

.CO

021119255

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL021119255029089<<<<<<<<<<
6204165F3304031COL38201218<<<9
GUTIERREZ<HERRERA<<MARIA<LUZ<A

Sisbén

2976

Registro Civil

Fecha de consulta: 13/11/2025 B2

Ficha: 50573066875900000686

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA LUZ AIDA

Apellidos: GUTIERREZ HERRERA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 38201218

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/08/2019

Última actualización ciudadano: 10/10/2025

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducacion - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educacion
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migracion Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Victimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualizacion según literal D del Articulo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Articulo 22 del Decreto 1377 de 2013.

2977

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	38201218
NOMBRES	MARIA LUZ AIDA
APELLIDOS	GUTIERREZ HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/13/2025 09:06:21	**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, 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

14215

2978

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

250429842

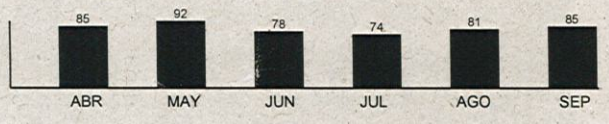
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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 | 2025-09-17 19:07 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-17 19:22 | CUDE | cfc98f543460191085076ebf204ae039ebfb4427e5e3822c47bad17a0c067725af83ca7c01294aaaadc01c9f07b55878

14013

Suscriptor: MARGARITA DIAZ RODRIGUEZ
Dirección: CL 14D 4 03 MZ E CS 13 BRR LA LAGUNA
Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 1565 Lectura Actual 1650
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 83
Documento No.: DES4396334
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $45190 27-08-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400090815

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
POW	21025905	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeño Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT11999	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	74
(DIU) Duración en horas de interrupciones	58.434	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	36	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
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:	
498.64 (Valor kWh con SUBS) x 85 (Consumo en kWh)	$42,384
VALOR NETO:	$76,401
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-34,017
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$42,384
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$5,348
SUBTOTAL VALOR OTROS	$5,348
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$47,730

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	**$47,730**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-08-2025/15-09-2025	Ruta: 24-2400090815	250429842	26-SEP-2025	$47,730

(415)7709998002449(8020)0250429842(3900)0000047730

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
VIGILADA POR LA 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

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

Fecha: 29 | 10 | 25 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Fabiola Gonzalez Reina
Fecha y lugar de nacimiento:	13-01c-1964 cali Valle.

Edad: 60 **Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** 3.28194423

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	No	Física	No	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	Si	**Nivel Sisben**	C6.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	Si	**EPS**	
		NARP		Múltiple	Si	Capital Salud	
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cll 12 # 15-33				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Bello Horizonte
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	315 206 5331

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Gabriel Humberto Portilla Rodriguez		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	79.040.052.		
Telefono:	315.206 5331	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: FABIOLA GONZALEZ REINA

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2980

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.819.423

GONZALEZ REINA
APELLIDOS

FABIOLA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1964
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-SEP-1983 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45154353-F-0032819423-20061221 0013706355B 02 2268527[illegible]5

2901

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	32819423
NOMBRES	FABIOLA
APELLIDOS	GONZALEZ REINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	01/09/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/30/2025 08:47:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén

2932

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 50573108468600000866

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: FABIOLA

Apellidos: GONZALEZ REINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 32819423

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/09/2025

Última actualización ciudadano: 02/09/2025

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

252136797

2933
15475

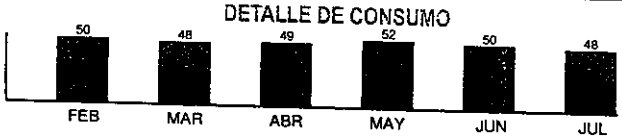
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-07-17 17:47 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-07-17 18:12 | CUDE | 3b558a365164d3b8a3f028945a76cea50854ac2313a8c3847569370b04a097816c07ad7562094d71403f3538fe55bbf7

Suscriptor: GABRIEL HUMBERTO PORTILLA RODRIGUEZ

Dirección: CL 12 NO 15 33 MZ H 9 B HORIZONTE

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 13021
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 13069
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 51
Documento No.: DES3585133
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $20020 27-06-25
Periodo Facturado: 17-06-2025/16-07-2025
Ruta: 24-2400102160

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15051474	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-JUL-2025 06:07

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Hogar Comunitario	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT141	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	52
(DIU) Duración en horas de interrupciones	43.972	(%I) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Numero total de interrupciones	36	(D) Cargo de Distribución	197.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	305.5	Pérdidas 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
Interes 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: 397.39 (Valor kWh con SUBS) x 48 (Consumo en kWh)	$19,075
VALOR NETO:	$43,562
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-24,487
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$19,075
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$2,178
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,178
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$21,250

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

25-JUL-2025	26-JUL-2025	**$21,250**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

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, SIVDE-EMSA

15267

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 0014255 del 24-12-2018 DIAN. AGENTE RETENEDOR DE RES. 7 Enero-25-2022 VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

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

Fecha: 24 | MAR | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Delio Gonzalez.
Fecha y lugar de nacimiento:	09-07-1955. San Antonio Tolima
Edad: 70	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 2.395.074.

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	No	Cabeza de Familia	1 Si	Física	No	Contributivo	
Despojo de Tierras	No	Cuidador	No	Visual	No	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	No	Firmante de Paz	No	Auditiva	No	No asegurado	
Homicidio	No	Campesino	No	Sordoceguera	No	Especial	
Acto Terrorista	No	Líder Religioso	No	Intelectual	No	**Nivel Sisben**	B4
Otro	No	Indigena	No	Psicosocial	No	**EPS**	
		NARP	No	Múltiple	No	Salud Total	
		ROM	No	**¿Cuenta con certificado?**	No		

Dirección:	Mz F CS-19				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Yacuana.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3205711958

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Zoelia Becerra
Relacion con el adulto mayor:	Esposa
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	40 290 005.
Telefono: 3205711958	**Correo:** 3205711958

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

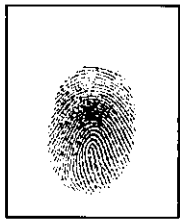
No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Delio Gonzalez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **2.375.074**

GONZALEZ

APELLIDOS

DELIO

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1955**

SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-JUN-1977 ROVIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00150736-M-0002375074-20090224 0009998954A 1 6410007603

Sisbén

2936

Fecha de consulta: 03/11/2025

Ficha: 50573034472400000031

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DELIO

Apellidos: GONZALEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2375074

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 21/07/2025

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	2375074
NOMBRES	DELIO
APELLIDOS	GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	01/09/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/03/2025 16:31:07	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emsa
Electrificadora del Meta S.A. ESP
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

494211665

"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".

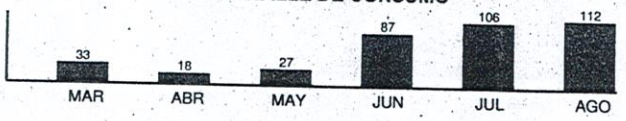
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-08-18 09:32 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-18 10:19 | CUDE | bfc87d7198a1d76869c1a350c91284145d0f3947dd2b2af82261bdc42d1677da23a369acc59e4521f4c1488fdedc4c24

Suscriptor: MARIA ZOELIA BECERRA

Dirección: MZ F CS 17 UR YACUANA ET 2

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 454 Lectura Actual 566
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 50
Documento No.: DES3989953
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $68370 01-08-25
Periodo Facturado: 17-07-2025/16-08-2025
Ruta: 24-2400131315

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
DIS	23104351	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-AGO-2025 10:08

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	.07
COD. Transformador	PLT17682	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	87.008
(DIU) Duración en horas de interrupciones	52.762	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	19	(DG) Cargo de Distribución	195.21
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 3396.98

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	$268,176	CUOTA ACTUAL	11
SALDO FINANCIACIÓN	$22,337	CUOTAS PENDIENTES	1
INTERESES %	.48	No. DE CUOTAS	12
VALOR FINANCIACIÓN			22,349
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 397.81 (Valor kWh con SUBS) x 112 (Consumo en kWh)	$44,555
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	$96,985
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-52,431
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$44,555
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$4,849
Interes por Financiacion	$77
Cuota mes Financiacion Deuda	$22,349
SUBTOTAL VALOR OTROS	$27,275
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-3
Compens. Calidad Servicio	$-3,397
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3,400
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$68,430

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-AGO-2025	28-AGO-2025	**$68,430**

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-07-2025/16-08-2025	Ruta: 24-2400131315	494211665	27-AGO-2025	$68,430

(415)7709998002449(8020)0494211665(3900)0000068430

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 18023 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

2439

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

Fecha:	24	Mes	25.	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Elvira Salazar Huerfano				
Fecha y lugar de nacimiento:			10-mayo-1967 Puerto lopez				
Edad:	58	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		21244814			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino		Cisgénero		Heterosexual	X
Casado(a)		Femenino	X	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X.
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	C16
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	Si		
Dirección:	Cl. 4- 5-33						
Municipio:	Puerto lopez.		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Centro.	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X.	**Telefono:**	3102690854	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Elvira Huárfano Salazar

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2720

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.244.814**

HUERFANO SALAZAR
APELLIDOS

ELVIRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1967**

PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-ENE-1987 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00150261-F-0021244814-20090211 0009960107A 1 6740004857

Sisbén

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 5057304447100000123

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ELVIRA

Apellidos: HUERFANO SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21244814

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/02/2025

Última actualización ciudadano: 03/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

242

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	21244814
NOMBRES	ELVIRA
APELLIDOS	HUERFANO SALAZAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/1998	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 11:11:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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
ELVIRA		HUERFANO	SALAZAR
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		PUERTO LÓPEZ	

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: 21244814

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	9	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

800037979

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b770.3 b789.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s7400.373 s7401.373

3. Codigos Actividades y Participación

d4104.3 d4154.3 d4602.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIEGO ALONSO VELASQUEZ VILLEGAS	Medicina	CC-10555579
ANGELA MELISSA HERNANDEZ ARCINIEGAS	Psicología	CC-1121861492
DANIEL FERNANDO ROJAS VALERO	Fisioterapia	CC-88035431

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.

11284

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

250908132

2995

11077 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".

Elcira

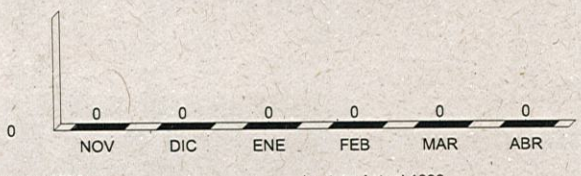
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN		FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN		CUDE	

Suscriptor: MOISES HUERFANO Y ROSARIO SALAZAR

Dirección: CL 4 5 33 CENTRO

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S
Lectura Anterior 1393
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 1393
Anomalía 40

Consumo Promedio Ult. 6 Meses:
Documento No.: 202504250908132
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $484030 28-09-24
Periodo Facturado: 17-03-2025/15-04-2025
Ruta: 24-2400043145

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HKG	23571189	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 17-ABR-2025 09:04

ESTRATO		ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Comercial	CÓDIGO CIIU	Transporte	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	PLT109	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	43.838	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	199.27
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 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

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

OTROS CONCEPTOS:

DESCUENTOS:

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
25-ABR-2025	26-ABR-2025	$0

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-03-2025/15-04-2025	Ruta: 24-2400043145	250908132	25-ABR-2025	$0

(415)7709998002449(8020)0250908132(3900)0000000000

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 PÚBLICOS
Electrificadora del Meta SA ,Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA
Impreso por Arquetipos S.A.S. NIT: 860028580-2 35641

2996

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

Fecha:	29	10	2025	Centro Vida:	Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Valerio Martinez Martinez				
Fecha y lugar de nacimiento:			20-03-1955 Guaduas Cundinamarca				
Edad:	70	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 17 385 367.					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X.	Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B4.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva Eps	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cll 6=18.-47						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	3	**Barrio:**	Henequa		
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3123603420		

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Yolanda Martinez C.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

2997

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.385.367
MARTINEZ MARTINEZ

APELLIDOS
VALERIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1955
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-ABR-1977 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204500-00287769-M-0017385367-20110331 0026474139A 2 35322721

Sisbén

2973

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573024469600000061

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERIO

Apellidos: MARTINEZ MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17385367

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/03/2023

Última actualización ciudadano: 01/03/2023

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

2999

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	17385367
NOMBRES	VALERIO
APELLIDOS	MARTINEZ MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	11/04/2025 09:05:04	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

10674

3900

10464

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

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio

PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115
(SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615

Línea emergencia
24 Horas 316 027 8035

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251852007

Atencion al Usuario 8-6724308 por@sypeic.com
Mintic Res Mensajeria Expresa

Destinatario	Remitente
VALERIO MARTINEZ	Electrificadora del Meta S.A
CL 6 18 47 MENEGUA	Cl 37a 45 53
Puerto Lopez	Villavicencio

251852007
16/02/2023 17:02:47
Tarifa: $947.95
Peso: 0.5 gr
Factura de cobro servicio energia electrica 10674
10433814

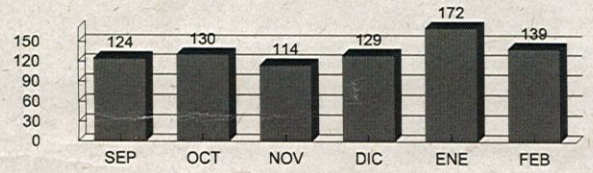
Rastreo http://45.79.83.85/sypeicguias/public

- Para reporte de daños o emergencias marque: **115** *(SOLO desde líneas Movistar)*
- Línea gratuita Nacional: **018000918615**
- Desde cualquier operador marca: **316 027 8035**

Suscriptor: "VALERIO MARTINEZ"
Dirección: "CL 6 18 47 MENEGUA"

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 15886
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 16025
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 135
Factura No.: 202302251852007
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $70700 25-01-23
Periodo Facturado: 17-01-2023/13-02-2023
Ruta: 24-2400060830

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:	
365.1 (Valor kWh con SUBS) x 139 (Consumo en kWh)	$50,749
VALOR NETO:	$101,498
Porcentaje de SUBSIDIO (50%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-50,749
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$50,749
Impuesto AP	$7,105
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS	$7,108
DESCUENTOS:	
Compens. Retroactiva 015	$-1,727
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1,727
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$56,130

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071064241	1

FACTURACIÓN DE 16-FEB-2023

ESTRATO	2	CLASE	Urbano	CICLO	36
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	PLT3	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	129
(DIU) Duración en horas de interrupciones	12.42	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	14
(FIU) Número total de interrupciones	12	(Dt) Cargo de Distribución	180.79
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
	V/r a Compensar $ 0		

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	309.97	Perdidas reconocidas	PR $	62.68
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	23.58
Transporte en el sistema de distribución local	D $	297.05	Costo de comercialización	C $	87.59
Total costo unitario de prestación del servicio (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		832.84			

Subsidio FOES	Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Interés Moratorio Residencial	0,49%
				Interés Moratorio No Residencial	2,35%

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-FEB-2023	28-FEB-2023	$56,130

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

ELIECER ALMEIDA GUTIÉRREZ*
FIRMA GERENTE (E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-01-2023/13-02-2023	24-2400060830	251852007	27-FEB-2023	$56,130

(415)7709998002449(8020)0251852007(3900)0000056130

emsa Trabajamos con energía NIT: 892002210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 62583

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
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

www.electrificadoradelmeta.com

3001

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Teresa Helo Medina
Fecha y lugar de nacimiento:	09-04-1947. Caparrapi Cundinamarca.
Edad: 78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 20696.459.

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero		Heterosexual	
Casado(a)	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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B7.
Otro		Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	cll 9 # 13-55.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	B. Vergel
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3112183997

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Parmenio Bolaños		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	20696.459		
Telefono:	311218.1397.	**Correo:**	

Luz Forero

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

M. Teresa Mesa Medina

Firma del adulto mayor

Nombre: M. Teresa Mesa Medina

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3002

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.696.459**
MELO MEDINA
APELLIDOS
MARIA TERESA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1947**
CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-JUL-1970 LA PALMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00009181-F-0020696459-20080530 0000323664A 1 1600005934

Sisbén

3003

Fecha de consulta: 31/10/2025

Ficha: 505731331076300007056

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA TERESA

Apellidos: MELO MEDINA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20696459

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/12/2024

Última actualización ciudadano: 23/12/2024

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

Hemos actualizado tu información. Esto proceso se realiza en las 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
- MinSalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012 y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013

3004

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	20696459
NOMBRES	MARIA TERESA
APELLIDOS	MELO MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	12/03/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 09:57:23	**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".

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emsa
Electrificadora del Meta S.A
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

15136

CÓDIGO DEL CLIENTE
CRÉDITO EN NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

114225699

"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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:31	2025-10-19 09:38	045c240139bb128b6d5b4e389fa11af9ac691fa2a4781a4bea6774b1d9ca6e1bc1696733c12372006d4ea21a5693e0e5

Suscriptor: REINALDO BELTRAN
Dirección: CL 9 13 55 BR EL VERGEL APT 5
Ciudad: Puerto Lopez

14934

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17040 — Lectura Actual 17170
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 109
Documento No.: DES4798269
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $62330 22-09-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 24-2400100205

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8273512	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT13575	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	103
(DIU) Duración en horas de interrupciones	36.559	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	38

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Perdidas reconocidas	PR $	58.68
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	36.41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		907.68			
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 499.57 (Valor kWh con SUBS) x 130 (Consumo en kWh)	$64,944
VALOR NETO:	$117,998
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-53,054
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$64,944
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$8,260
SUBTOTAL VALOR OTROS	$8,260
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-4
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$73,200

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	**$73,200**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025	Ruta: 24-2400100205	114225699	27-OCT-2025	$73,200

(415)7709998002449(8020)114225699(3900)0000073200

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. 17 Enero-25-2002
VIGILADA POR 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, SIVDE-EMSA

3006

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

Fecha:	24	10	2025	Centro Vida:	Pocito lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Maria Edilma Oviedo De Oviedo				
Fecha y lugar de nacimiento:			29-Dic-1940 San Antonio Tolima				
Edad:	84	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		28 926 483			

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

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

Dirección:	Cll 1a #03-05				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

María Edilma Ortiz

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria Oviedo

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **28.926.483**

OVIEDO De OVIEDO

APELLIDOS

MARIA EDILMA

NOMBRES

María Edilma Oviedo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1940**

SAN ANTONIO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-JUL-1963 SAN ANTONIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00158281-F-0028926483-20090602 0012075443A 1 7250001422

Sisbén

Registro válido

B3

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 50573133976000000527

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA EDILMA

Apellidos: OVIEDO DE OVIEDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28926483

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/01/2023

Última actualización ciudadano: 13/01/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28926483
NOMBRES	MARIA EDILMA
APELLIDOS	OVIEDO DE OVIEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/30/2025 10:20:34	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LOPEZ S.A. E.S.P
"ESPUERTO S.A. E.S.P.."

Calle 5 No. 6 - 16 local 21B 2 piso
CENTRO COMERCIAL LOS PINOS.
Cel: 313 564 4330 - 321 481 9230
Puerto López - META
Nit. 900.237.479-7

espuerto s.a. ESP — EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ

FACTURA DE VENTA No. 1070787

FECHA DE EXPEDICIÓN 23/02/2024

DATOS DEL USUARIO	CÓDIGO SUSCRIPTOR	USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
GOMEZ FRANCISCO JAVIER	Ruta 0701 01	Resi	1	01/02/2024 29/02/2024.
C 1 4 3 05 ESQUINA	NO. MEDIDOR	CÓDIGO DE REFERENCIA	PERIODOS ATRASADO	CONSEC. INT
ABEL REY		01 00 0080 0010 000		

ASEO

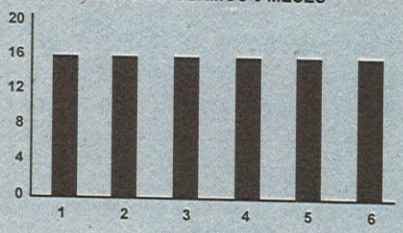


+CCS: C Comercialización suscriptor	$	1,948
+CCS: A Aprovechamiento	$	543
+CLUS C. Limpieza Urbana Suscriptor	$	3,969
+TBL:C. Barrido y Limpiexa Suscriptor	$	5,645
=CF: CARGO FIJO	$	12,105
+CRT:C Recolección y Transporte	$	10,133
+CDF:C.Disposición Final	$	2,505
+CML:C Tratamiento Lixiviados	$	340
+VBA Aprovechamiento	$	5,783
= CV: CARGO VARIABLE	$	18,761
VALOR FACTURADO	$	30,866
=CF + CV	$	-21,606
-SUBSIDIOS	$	9,260
+CONTRIBUCIÓN	$	
=TOTAL ASEO	$	

21 FEB 2024

ACUEDUCTO

CONSUMO ULTIMOS 6 MESES



CMA: Cargo fijo	$	5,446
CMLP: Cargo por Consumo	$	27,440
Consumo en M3		16
Subtotal	$	32,886
Contribución	$	
Sibdsidios	$	-23,020
TOTAL ACUEDUCTO	$	9,866

ALCANTARILLADO

		0
CMA: Cargo fijo	$	0
CMLP: Cargo por Vertimiento	$	
Vertimiento en M3		16
		0
Subtotal	$	
Contribución	$	
Sibdsidios Devolución	$	
TOTAL ALCANTARILLADO	$	0

ESTADO DE LA DEUDA

FINANCIACION			
Valor		Cuota Act	
Saldo		Cuota Pen	
Intereses	0	Cuota N°	de

Valor Mes 19,126

OTROS

CONCEPTO	VALOR
Reconexión	
Matriculas	
Otros	
Mora	0
TOTAL OTROS PAGOS	
Ajuste	-26

luis A Castañeda O
LUIS ALEJANDRO CASTAÑEDA OSORIO
GERENTE

FECHA LIMITE DE PAGO
March 6 / 2024

TOTAL A PAGAR
19,100

Puerto López

9751

www.electrificadoradelmeta.com

emsa E.S.P

Trabajamos con energía
NIT: 892002210-6

Calle 37A 45-53 Barzal Alto
Vía La Azotea Villavicencio

PBX: (608) 6614000
Para reporte de daños o emergencias marque: 115
(SOLO desde líneas Movistar)
Línea gratuita Nacional: 018000918615

Línea emergencia
24 Horas 316 027 8035

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251123618

9558

Sypelc S.A.S NIT 8000245243
Atencion al Usuario 8-6724308-pqr@sypelc.com
Mintic Res Mensajeria Expresa

Destinatario	Remitente
MARIA EDILMA OVIEDO	Electrificadora del Meta S.A.
CL 1A 3 07 BRR EBEL	Cl 37a 45 53
Puerto Lopez	Villavicencio

251123618
20/02/2024 15:02:40
Tarifa: $1035.92
Peso: 0.5 gr
Factura de cobro servicio energia electrica

15047922

9751

Rastreo: http://45.79.83.85/sypelcquias/public

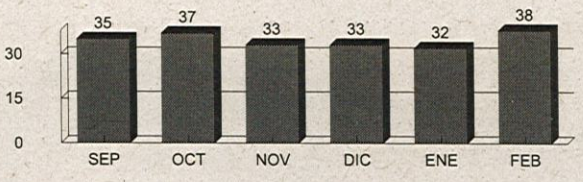
> *"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la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

Suscriptor: "MARIA EDILMA OVIEDO"

Dirección: "CL 1A 3 07 BRR EBEL REY"

[redacted]dad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 9321
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 9359
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 34
Factura No.: 202402251123618
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $13060 24-01-24
Periodo Facturado: 18-01-2024/16-02-2024
Ruta: 24-2400020080

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:	
364.52 (Valor kWh con SUBS) x 38 (Consumo en kWh)	$13,852
VALOR NETO:	$33,497
Porcentaje de SUBSIDIO (59%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-19,646
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$13,851
Impuesto AP	$1,675
OTROS CONCEPTOS:	
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,678
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$15,530

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071035898	1

[redacted]CTURACIÓN DE 20-FEB-2024

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT104	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	33
(DIU) Duración en horas de interrupciones	24.138	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	16
(FIU) Número total de interrupciones	25	(Dt) Cargo de Distribución	203.06
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	373.7	Perdidas reconocidas	PR $	67.86
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	54.32	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	12.3
Transporte en el sistema de distribución local	D $	246.35	Costo de comercialización	C $	126.99
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					881.52
Total Cuv Calculado(Creg 012-20)					881.52

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

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
29-FEB-2024	01-MAR-2024	$15,530

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

21 FEB 2024

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

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

www.electrificadoradelmeta.com

3012

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

Fecha: 29 | 10 | 25 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rodrigo Santos. Osuna montes.
Fecha y lugar de nacimiento:	08-dic-1947.
Edad: 78.	**Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** 3 298 279

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

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

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

Dirección:	Mz 19 cs 5				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Villa Suiza
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	313.894.3878

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Carmen Alcira Osuna		
Relacion con el adulto mayor:	Hija		
Identificación: CC x TI RC TE CE PP **Número:**	40.419		
Telefono:	321.450.9643.	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Rodrigo Osuna

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Calcedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Calcedo

Cargo Aux Enfermeria

3013

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.298.279

OSUNA MONTES
APELLIDOS

RODRIGO SANTOS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1947
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-FEB-1969 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5204500-69143641-M-0003298279-20060307 01553 06066N 02 193456830

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3014

Registro válido

Fecha de consulta: 31/10/2025

Ficha: 50573128468600000830

B7

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RODRIGO SANTOS

Apellidos: OSUNA MONTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3298279

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/11/2023

Última actualización ciudadano: 03/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3015

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	3298279
NOMBRES	RODRIGO SANTOS
APELLIDOS	OSUNA MONTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/31/2025 08:56:26	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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.

emsa
del Meta S.A E.S.P
002210-6

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
18944

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
348895409

3018

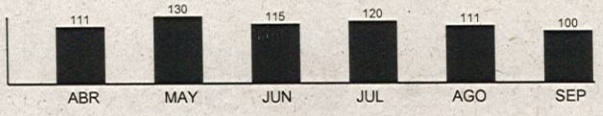
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-09-17 19:21	2025-09-17 19:40	1f78b5f70b68666da8aecafe4ca93c894b4a688ec1c863997ea9637650fe236aa3b71397ada8984e269b9457a5f63241

Suscriptor: SOLMAN ANTONIO GARCIA VARGAS
Dirección: MZ E CS 17 BRR VILLA SUIZA
Ciudad: Puerto Lopez

18742

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 25925 — Lectura Actual 26025
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 117
Documento No.: DES4400898
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $61930 22-08-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400134795

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071037917	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Transformador	PLT8941	(VC) Veces a compensar	0
Tipo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	120
(DIU) Duración en horas de interrupciones	38.259	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	35	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
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 ( ) 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: 498.64 (Valor kWh con SUBS) x 100 (Consumo en kWh)	$49,864
VALOR NETO:	$89,884
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-40,020
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$49,864
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$6,292
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$6,296
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$56,160

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	**$56,160**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO 17-08-2025/15-09-2025 — Ruta: 24-2400134795 — **Código del cliente** 348895409 — **Fecha de vencimiento** 26-SEP-2025 — **Valor a pagar** $56,160

(415)7709998002449(8020)0348895409(3900)0000056160

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
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

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

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT 860.028.560-2 43834

3017

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

Fecha:	25	10	2025	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Aladino Ortiz. Cespedes.				
Fecha y lugar de nacimiento:			25-01-1965 Puerto Salgar.				
Edad:	60	**Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** TI 386 496					
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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	C18
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cr 11 # 15-23						
Municipio:	Puerto lopez		**Estrato:**	1	**Barrio:**	09 Abril.	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	310502 4899.	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Aladino Ortiz Cespedes

Firma del adulto mayor

Nombre: Aladino Ortiz Cespedes

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Auxiliar de Enfermeria

3019

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.386.496**

ORTIZ CESPEDES

APELLIDOS

ALADINO

NOMBRES

Aladino Ortiz Cespedes

FIRMA





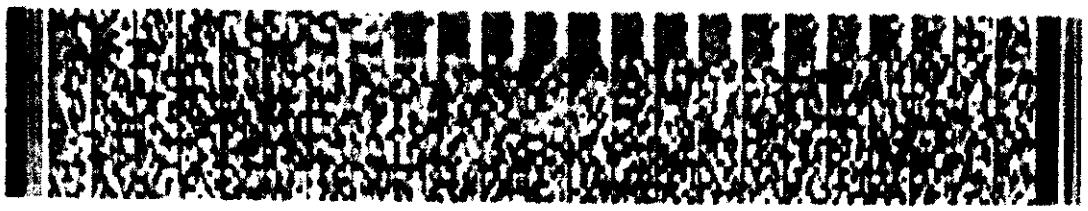
FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1960

PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**A-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-ABR-1983 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5204500-00130970-M-0017386496-20081123 0006771755A 1 7260002509

3014

Registro válido

Fecha de consulta: 15/11/2025

Ficha: 50573008469700000052

C18

GRUPO SISBÉN IV
Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALADINO

Apellidos: ORTIZ CESPEDES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17386496

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 28/11/2017

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



3020

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	17386496
NOMBRES	ALADINO
APELLIDOS	ORTIZ CESPEDES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	17/05/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/15/2025 09:32:23	**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".

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3021

emsa

252677085

DETALLE DE CONSUMO

Super Drogas

27-OCT-2025	28-OCT-2025	$21,400

3022

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

Fecha: 29 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Pocito lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jorge. Pedroza Gallo
Fecha y lugar de nacimiento:	17-marzo-1949 Paz de Rio Boyaca

Edad: 75 **Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** 3.298.456.

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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X.
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B4
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cll 13 6a-29 B1 09 abril				
Municipio:	puerto lopez	**Estrato:**	2	**Barrio:**	09 - abril
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X.	**Telefono:**	3115284495

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

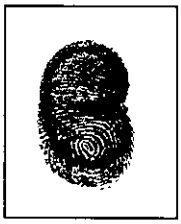
Jorge Tedrosa

Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge Tedrosa

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3023

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **3.298.456**

PEDROZA GALLO

APELLIDOS

JORGE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1949**

PAZ DE RIO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-AGO-1970 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00144052-M-0003298456-20081229 0009063618A 1 7260002084

3024

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	3298456
NOMBRES	JORGE
APELLIDOS	PEDROZA GALLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. - CM	SUBSIDIADO	01/06/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 08:00:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Sisbén

3025

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 50573009469100000106

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE

Apellidos: PEDROZA GALLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3298456

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/05/2025

Última actualización ciudadano: 16/05/2025

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3026

13498

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

250198987

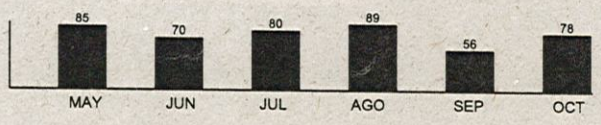
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:25	2025-10-19 09:38	0313063cdbcb9f5ae236ecdb34c7ab6049c8bfd840d4393eb3f5fdd4308e214f69a9417566792e17aed260e692a0cb4b

13296

Suscriptor: JORGE PEDROZA GALLO
Dirección: CL 13 6A 29 BRR NUEVE DE ABRIL
Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 25479
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 25557
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 78
Documento No.: DES4796697
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $31450 22-09-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 24-2400081670

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAF	28257353	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT126	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	89
(DIU) Duración en horas de interrupciones	56.734	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	32	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	38

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Perdidas reconocidas	PR $	58.68
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	36.41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	269.4	Costo de comercialización	C $	177.95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R					907.68

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 499.57 (Valor kWh con SUBS) x 78 (Consumo en kWh)	$38,966
VALOR NETO:	$70,799
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-31,833
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$38,966
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$4,956
SUBTOTAL VALOR OTROS	$4,956
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$43,920

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$43,920

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 24-2400081670	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025		250198987	27-OCT-2025	$43,920

(415)7709998002449(8020)0250198987(3900)0000043920

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. 054 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

3027

	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:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Hercedes. Pinto. Copitra
Fecha y lugar de nacimiento:	28-mayo-1964 Natagaima Tolima
Edad: 61 .	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 28853733

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

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

Dirección:	Cll 1a # 3-07.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3203744. 1088.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	- Claudio Caicedo		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo		
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	72.46722.		
Telefono:	320 389 7968	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

mercedes pinto tapiro

Firma del adulto mayor

Nombre: - mercedes pinto tapiro

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3029

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **28.853.733**

PINTO CUPITRA

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES



mercedes pinto

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1964**

NATAGAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-OCT-1983 NATAGAIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5204500-00975874-F-0028853733-20180206 0059413831A 1 5021816624

3029

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/09/2025

Ficha: 50573128468600000371

84

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MERCEDES

Apellidos: PINTO CUPITRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28853733

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/03/2021

Última actualización ciudadano: 02/03/2021

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3030

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	28853733
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	PINTO CUPITRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 10:20:20	**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".

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

EMSA

Trabajamos con energía
NIT: 892002210-6

Calle 37 A N°. 45-53 Barzal Alto Vía la Azotea - Villavicencio
PBX:(608)6614000-6610095
Línea Atención al Cliente 115 Desde su Celular (608) - 6610095
Línea Gratuita 018000918615
Línea Emergencia Whatsapp 24 Horas 318 5557464

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251123618

303

8304

Ponte al día con tus obligaciones y recibe una condonación de intereses por mora de hasta el **90%**

Válido para usuarios que realicen el pago total de la obligación en una sola cuota y que tengan una cartera superior a 360 días.

¡Escríbenos y conoce las diferentes opciones de pago que tenemos para ti!

WhatsApp
312 244 3313
312 244 3307

Correo electrónico
cartera@emsa-esp.com.co

Sypelc S.A.S. NIT 8000245243
Atencion al Usuario 8-6724308-pqr@sypelc.com
Mintic Res Mensajeria Expresa

Destinatario:
MARIA EDILMA OVIEDO
CL 1A 3 07 BRR EBEL
Puerto Lopez

Remitente
Electrificadora del Meta S.A.
Cl 37a 45 53
Villavicencio

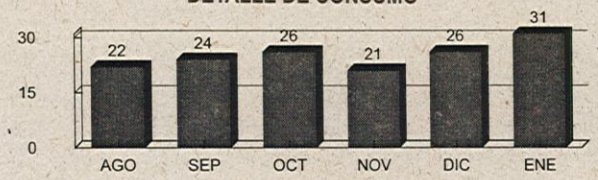
251123618
20/01/2022 06:01:56
Tarifa: $695.01
Peso: 0.5 gr
5584790
Factura de cobro servicio energia electrica
8519
Rastreo: www.sypelcguias.com

Impreso por: dispapeles SAS. NIT: 860.028580-2. 61744

Suscriptor: "MARIA EDILMA OVIEDO"
Dirección: "CL 1A 3 07 BRR EBEL REY"

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 8529
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 8560
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 24
Factura No.: 202201251123618
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $7860 22-12-21
Periodo Facturado: 17-12-2021/16-01-2022
Ruta: 24-2400020080

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:	
271.26 (Valor kWh con SUBS) x 31 (Consumo en kWh)	$8,409
VALOR NETO:	$21,022
Porcentaje de SUBSIDIO (60%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-12,613
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$8,409
Impuesto AP	$1,051
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,051
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$9,460

INFORMACIÓN TÉCNICA

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071035898	1

FACTURACIÓN DE 19-ENE-2022

ESTRATO	1	CLASE	Urbano	CICLO	36
SERVICIO	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador		(VC) Veces a compensar	
Grupo de calidad		(CEC) Consumo estimado a compensar	
(DIU) Duración en horas de interrupciones		(%t) Porcentaje de descuento del cargo	
Número total de interrupciones	PLT104	(Dt) Cargo de Distribución	
(DIUG) Meta por duración	3	(FIUG) Meta por Frecuencia	

V/r a Compensar $

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	244.35	Perdidas reconocidas	PR $	56.51
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	38.05	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	43.34
Transporte en el sistema de distribución local	D $	174.08	Costo de comercialización	C $	75.01
Total costo unitario de prestación del servicio (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv+PR+R		631.33			

OPERADOR DE RED:	ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
TELÉFONO:	6610095
LÍNEA GRATUITA FIJO Y CELULAR	018000918615
DIRECCIÓN:	EDIFICIO BARZAL ALTO VIA AZOTEA

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

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
28-ENE-2022	29-ENE-2022	$9,460

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

ANDRES ENRIQUE TABOADA VELASQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-12-2021/16-01-2022	24-2400020080	251123618	28-ENE-2022	$9,460

(415)7709998002449(8020)0251123618(3900)0000009460

ELECTRIFICADORA DEL META S.A. E.S.P.
Trabajamos con energía
NIT: 8920022 10-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
www.electrificadoradelmeta.com
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

3032

	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:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gabriel Humberto Portilla Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	15-Oct-1960 = Bogota.
Edad: 65.	**Identificación:** CC x TI RC TE CE PP **Número:** 79.040.052.

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

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

Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	Si	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	No	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	C.6.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	C6
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cll 12 # 15-33.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Bello Horizonte.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	315.206.5331

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Fabiola Gonzales
Relacion con el adulto mayor:	Esposa
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	3.281.9423
Telefono: 315 206 5331	**Correo:**

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Gabriel H Portilla R.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3033

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.040.052**

PORTILLA RODRIGUEZ

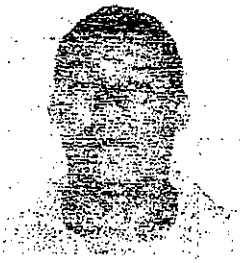
APELLIDOS

GABRIEL HUMBERTO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

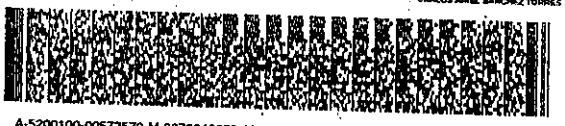
FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-FEB-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200100-00573579-M-0079040052-20140515. 0038629385A 1 6732862782

3034

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	79040052
NOMBRES	GABRIEL HUMBERTO
APELLIDOS	PORTILLA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/07/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 08:47:06	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3035

Sisbén

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 50573108468600000866

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: GABRIEL HUMBERTO

Apellidos: PORTILLA RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 79040052

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/09/2025

Última actualización ciudadano: 02/09/2025

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3036

espuerto s.a. ESP

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ S.A E.S.P "ESPUERTO S.A E.S.P."

NIT 900.237.479-7 | Calle 5 N° 6 - 16 Local 21B Centro Comercial Los Pinos Puerto López - META

Línea de atención al usuario: 313 564 4330 | Línea de atención PQR: 321 481 9230

FACTURA DE VENTA N° 1198638

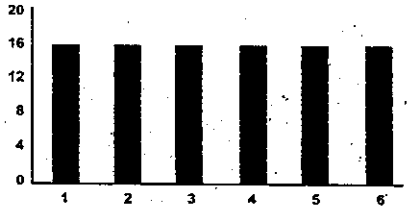
FECHA DE EXPEDICIÓN 20/10/2025

DATOS DEL USUARIO	CÓDIGO SUSCRIPTOR	USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
PORTILLA RODRIGUEZ GABRIEL HUM C 12 15 33 MZ H CS 9 BELLO...	Ruta 1320 41	Resi	2	01/10/2025 31/10/202

N° MEDIDOR	CÓDIGO DE REFERENCIA	PERIODOS ATRASADOS	CONSEC. INT
	01 00 0266 0005 000		



CONSUMO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES



		1,940
+CCS C: Comercialización suscriptor	$	582
+CCS A: Aprovechamiento	$	5,176
+CLUS C: Limpieza urbana suscriptor	$	8,300
+TBL C: Barrido y limpieza suscriptor	$	15,998
= CF: CARGO FIJO	$	12,136
+CRT C: Recolección y transporte	$	3,062
+CDF C: Disposición final	$	416
+CML C: Tratamiento lixiviados	$	10,191
+VBA: Aprovechamiento	$	25,805
= CV: CARGO VARIABLE	$	
VAOR FACTURADO	$	41,803
= CF + CV	$	-16,721
SUBSIDIOS	$	
+CONTRIBUCIÓN	$	
= TOTAL ASEO	$	25,082

		5,875
CMA: Cargo fijo	$	29,602
CMLP: Cargo por consumo	$	
Consumo en M3		16
Subtotal	$	35,477
Contribución	$	
Subsidios	$	-14,191
TOTAL ACUEDUCTO	$	21,286

		3,641
CMA: Cargo fijo	$	9,777
CMLV: Cargo por Vertimiento	$	
Vertimiento en M3		16
Subtotal	$	13,418
Contribución	$	-5,367
Subsidios	$	
Devolución	$	8,051
TOTAL ALCANTARILLADO	$	

espuerto s.a. ESP
NIT 900237479-7
04 NOV 2025
CANCELADO

FINANCIACION

Valor		Cuota Act	
Saldo		Cuota Pen	
Intereses	0	Cuota N°	de
Valor Mes		54,419	

JUAN G. DUARTE PEREA
GERENTE

CONCEPTO	VALOR
Reconexión	
Matriculas	
Otros	
Mora	0
TOTAL OTROS PAGOS	-19

FECHA LÍMITE DE PAGO
Novem 6 / 2025

TOTAL A PAGAR
54,400

3037

	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:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Martha cecilia Buroga Florez
Fecha y lugar de nacimiento: 59	14-02-1966 Algeciras Huila.
Edad:	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 41.103.515.

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

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

Dirección:	Cr 4 # 1-36 B. Abel Rey				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	3207932698

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Martha cecilia Quiroga

Firma del adulto mayor

Nombre: Martha cecilia Quiroga

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3034

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.103.515
QUIROGA FLOREZ

APELLIDOS
MARTHA CECILIA

NOMBRES

Martha Cecilia Quiroga

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 1-FEB-1966
ALGECIRAS
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-OCT-1984 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204500-00203688-F-0041103515-20091217 0019143330A 1 30423575

Sisbén

3039

Registro validado

Fecha de consulta: 13/10/2025

Ficha: 50573133468600005801

32

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTHA CECILIA

Apellidos: QUIROGA FLOREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 41103515

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2022

Última actualización ciudadano: 11/10/2022

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

Correo Electronico: sisben@puertolopez-meta.gov.co

3040

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	41103515
NOMBRES	MARTHA CECILIA
APELLIDOS	QUIROGA FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	11/10/2025 11:56:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

10367

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
Nit. 8920022210-6

798095674

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN: 2025-08-18 09:15 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN:

Suscriptor: MARTHA CECILIA QUIROGA FLOREZ
Dirección: CR 4 1-36 BRR ABEL REY
Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 19201 Lectura Actual: 19230
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 28
Documento No. DEB9662485
Factura Impresa en PDF

Ultimo Pago: $11980 22-07-25
Rollo: 24220000206

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

Liquidación del consumo (Consumo en kWh)	$11,536
VALOR NETO	$25,112
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	$-13,576
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$11,536
SUBTOTAL VALOR DE CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS	$1,256
Impuestos AP	
SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS	$1,256
DESCUENTOS	$-2
Aseo A la Decena	
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$12,790

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	11203236	

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 18-AGO-2025 10:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	USO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de Calidad

CAIDI Circuito	PTRSPL0102		0
CODI Transformador	PL1104		0
Tiempo de calidad	22		26
SAIDI Minutos en horario de interrupciones	38.224		20
FMIK Número total de interrupciones	33		196.21
IDEUQ Mala por duración	35.98		48

Vr a Compensar $ 0

Costo unitario de prestación del servicio de ENERGÍA ($ / 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 $	285,93	Costo [illegible]	C $	468,84
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (asonorte) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					885,04

Interés moratorio residencial 0,49% Interés moratorio no residencial 1,95%

Subsidios FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factor	Valor	Resolución

Convenio	Capital	Interés	Valor a pagar	No. Cuota
SUBTOTAL CONVENIOS FINANCIACIÓN DIFERIDO				

Periodo de Facturación

27-AGO-2025 | 28-AGO-2025 | $12,790

Impuesto AP Acuerdo 006/20

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

(415)7709998002449(8020)0798095674(3900)00000012790

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

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

Resolución DIAN No. 18764044247432 de DIC.14.2018 DESDE FACT. No. 10001 HASTA No. 10150 FACTURA DE VENTA POR COMPUTADOR PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

3042

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: Puerto Lopez
Hora de inicio: 9-30 AM	Hora de Terminación: 10-15 AM
PRINCIPALES ASISTENTES:	Cargo:
1. JULIETH DSANCHEZ	Psicologa
2. Martha Cecilia Quiroga	Beneficiaria
3.	

TEMA A TRATAR:
Identificación de Riesgos y condiciones de wlnerabilidad del adulto mayor postulado

DESARROLLO: Se evidencia que la señora Martha, quien se dedica a recolección de residuos reciclables como principal fuente de ingreso, refiere inestabilidad economica y ausencia de apoyo familiar. Vive sola esta condicion puede generar en la usuaria preocupacion constante y vulnerabilidad social. Se evidencia nesidad de acompanamiento y apoyo institucional para fortalecer su bienestar integral. Su vinculacion al centro vida resulta pertinente para promover su estabilidad emocional.

COMPROMISOS:
Continuar con el tramite del sisben ya fue soliata da la visita

QUIEN ATIENDE.	BENEFICIARIO.
FIRMA: JULIETH ASOUCHEZ	FIRMA O HUELLA: Martha Quiroga
NOMBRE: JULIETH ASOUCHEZ	NOMBRE: Martha Quiroga
IDENTIFICACION: 114637	IDENTIFICACION: 41635515
CARGO: Psicologa	

3043

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

Fecha: 04 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Edilberto Quiñones Garcia.
Fecha y lugar de nacimiento:	19-04-1941 -> San Pablo Bolivar.
Edad:	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3.297.645.

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		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual		Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva		No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual		**Nivel Sisben**	C1
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial		**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple		Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	C 3 1-67. 81 K= 2236 44 52				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**		**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre:

Relacion con el adulto mayor (si aplica)

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3044

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.297.645**

QUIÑONES GARCIA

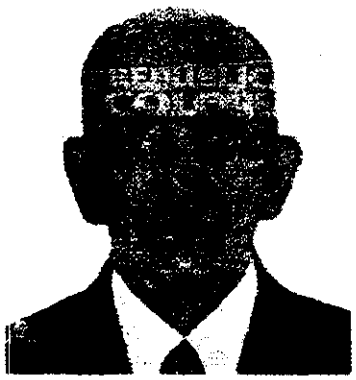
APELLIDOS

EDILBERTO

NOMBRES

Edilberto Quiñones

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-ABR-1941**

SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

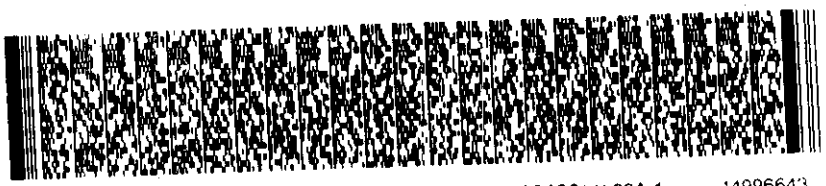
1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-FEB-1963 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A 5204500-00804210-M-0003297645-20160322 **0049**031582A 1 44996643

3045

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 17/10/2025

Ficha: 5057314148600000783

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: EDILBERTO

Apellidos: QUIÑONES GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3297645

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/04/2024

Última actualización ciudadano: 13/04/2024

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3046

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	3297645
NOMBRES	EDILBERTO
APELLIDOS	QUIÑONES GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/17/2025 15:24:35	**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".

espuerto s.a.
E S P

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ S.A E.S.P "ESPUERTO S.A E.S.P."

NIT 900.237.479-7 | Calle 5 N° 6 - 16 Local 21B Centro Comercial Los Pinos Puerto López - META

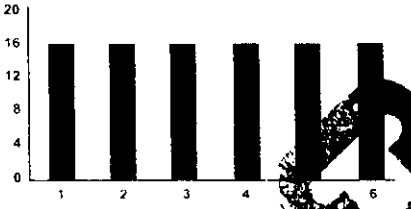
Linea de atención al usuario. 313 564 4330 | Línea de atención PQR: 321 481 9230

FACTURA DE VENTA N° 1197082

FECHA DE EXPEDICIÓN

DATOS DEL USUARIO	CODIGO SUSCRIPTOR	Resi... USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
VILLALOBOS HORTA BLANCA LUCIA C.C. 1.67.75.81 K 2 2 36 44 52				01/10/2025 - 31/10/202
ABEL REY	N. MEDIDOR	01 00 0097 0001 000		SEC. INT

CONSUMO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES



espuerto s.a. E S P



		1,340
+CCS C: Comercialización suscriptor	$	582
+CCS A: Aprovechamiento	$	5,176
+CLUS C: Limpieza urbana suscriptor	$	8,300
+TBL C: Barrido y limpieza suscriptor	$	15,998
= CF CARGO FIJO	$	11,180
+CRT C: Recolección y transporte	$	2,821
+CDF C: Disposicion Final	$	383
+CML C: Tratamiento y/o aprov.	$	10,192
+VBA: Aprovechamiento	$	24,576
= CV CARGO VARIABLE	$	
VAOR FACTURADO	$	40,574
= CF + CV	$	-28,401
SUBSIDIOS	$	
+CONTRIBUCIÓN	$	12,173
= TOTAL ASEO	$	

		5,875
CMA: Cargo fijo	$	29,502
CMLP: Cargo por consumo	$	
Consumo en M3		16
Subtotal	$	35,477
Contribución	$	
Subsidios	$	-24,834
TOTAL ACUEDUCTO	$	10,643

Cargo fijo	$	
CMLP por vertimiento	$	16
Consumo M3		13,418
Subtotal		-9,393
Contribución	$	
Descuentos	$	
TOTAL CONTRIBUCIÓN		

FINANCIACIÓN

Valor		Cuota	
Saldo		Cuota Pen	
Intereses	0	Cuota N°	de
Valor Mes		26,841	

PARA CANCELADO

espuerto s.a. E S P NIT. 900.237.479-7 04 NOV 2025

JUAN G. DUARTE PEREA

CONCEPTO	VALOR
Reconexión	
Matriculas	
Otros	
Deuda Desde September...	26,841
Mora	2,500
TOTAL OTROS PAGOS	18
Ajuste	

FECHA LÍMITE DE PAGO Novem 6 / 2025

TOTAL A PAGAR

56,200

3043

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

Fecha: 29 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Edgar Julio Rincon Hurcia						
Fecha y lugar de nacimiento:	16-09-1956						
Edad:	69	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**	9.496.077.				

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

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

Dirección:	Cll 14 a 9a - 58.				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2.	**Barrio:**	Victoria
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	313 232 7039

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Maria Perez.		
Relacion con el adulto mayor:	Esposa		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**			
Telefono:	313 232 9039	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Edgar Julio Rincon M.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **9.496.077**
RINCON MURCIA
APELLIDOS
EDGAR JULIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1956**
SAN PABLO DE BORBUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

27-ENE-1977 OTANCHE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5204500-01137919-M-0009496077-20200312 0070583916A 1 53388579

Sisbén

Fecha de consulta: **13/11/2025**

Ficha: **S0573021472900000108**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **EDGAR JULIO**

Apellidos: **RINCON MURCIA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **9496077**

Municipio: **Puerto López**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/11/2017**

Última actualización ciudadano: **12/12/2017**

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: **MONICA PIEDRAHITA PABON**

Dirección: **Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central**

Teléfono: **6451867 - 3138653192**

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

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

1. Por validacion 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 Educacion
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Victimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización segun literal D del Articulo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Articulo 22 del Decreto 1377 de 2013.

3051

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	9496077
NOMBRES	EDGAR JULIO
APELLIDOS	RINCON MURCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/03/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/30/2025 14:09:26	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

espuerto s.a.
EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ ESP

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ S.A E.S.P "ESPUERTO S.A E.S.P."
NIT 900.237.479-7 | Calle 5 N° 6 - 16 Local 21B Centro Comercial Los Pinos Puerto López - META
Línea de atención al usuario: 313 564 4330 | Línea de atención PQR: 321 481 9230

FACTURA DE VENTA N° 1191874

FECHA DE EXPEDICIÓN 19/09/2025

DATOS DEL USUARIO					
MURCIA RODRIGUEZ MARIA DEL CAR	Ruta 100 91	CÓDIGO SUSCRIPTOR	Resi USO	ESTRATO 2	01/09/2025 30/09/202 FACTURADO
C 14A 9A 58 AP2912-15					
VICTORIA	N° MEDIDOR	CÓDIGO DE REFERENCIA 01 00 0106 0008 000		PERIODOS ATRASADOS	CONSEC. INT

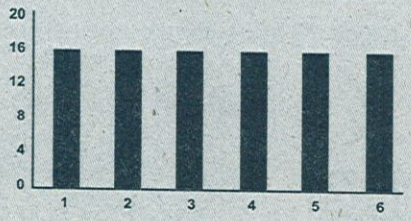
ASEO



+CCS C: Comercialización suscriptor	$	1,940
+CCS A: Aprovechamiento	$	582
+CLUS C: Limpieza urbana suscriptor	$	5,176
+TBL C: Barrido y limpieza suscriptor	$	8,300
= CF: CARGO FIJO	$	15,998
+CRT C: Recolección y transporte	$	12,136
+CDF C: Disposición final	$	3,062
+CML C: Tratamiento lixiviados	$	416
+VBA: Aprovechamiento	$	10,191
= CV: CARGO VARIABLE	$	25,805
VAOR FACTURADO	$	41,803
= CF + CV	$	-16,721
SUBSIDIOS	$	
+CONTRIBUCIÓN	$	
= TOTAL ASEO	$	25,082

ACUEDUCTO

CONSUMO DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES



CMA: Cargo fijo	$	5,875
CMLP: Cargo por consumo	$	29,602
Consumo en M3		16
Subtotal	$	35,477
Contribución	$	
Subsidios	$	-14,191
TOTAL ACUEDUCTO	$	21,286

ALCANTARILLADO

CMA: [illegible]	$	641
CMLP: Cargo por vertimiento	$	
Vertimiento en M3		16
Subtotal	$	13,418
Contribución	$	
Subsidios	$	-5,367
Devolución		
Devolución	$	
TOTAL ALCANTARILLADO	$	8,051

espuerto s.a. 30 SEP 2025 NIT: 900237479-7 CANCELADO

ESTADO DE LA DEUDA

FINANCIACION			
Valor		Cuota Act	
Saldo		Cuota Pen	
Intereses	0	Cuota N°	de
Valor Mes		54,419	

OTROS

JUAN G. DUARTE PEREA
GERENTE

CONCEPTO	VALOR
Reconexion	
Matriculas	
Otros	
Mora	0
TOTAL OTROS PAGOS	
Ajuste	-19

FECHA LÍMITE DE PAGO Octob 4 / 2025

TOTAL A PAGAR

54,400

3053

	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:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Celia Romero. Ramirez						
Fecha y lugar de nacimiento:	04-09-1958 Mitu Vaupez						
Edad:	67	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 21.247.373					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjeria, 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)	- X			Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B1
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cll 1a # 3-63 Barrio Abel Rey						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey		
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	315 219 9095	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Celia Romero

Firma del adulto mayor

Nombre: Celia Romero

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

3054

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.247.373**
ROMERO RAMIREZ

APELLIDOS
CELIA

NOMBRES

Celia Romero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-SEP-1958**

MITU
(VAUPES)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-OCT-1990 MITU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00352492-F-0021247373-20111223 **0028**804868A 2 37366089

3055

Sisbén

Fecha de consulta: 06/11/2025

Ficha: 50573038470400000223

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CELIA

Apellidos: ROMERO RAMIREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21247373

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/02/2024

Última actualización ciudadano: 29/02/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3056

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	21247373
NOMBRES	CELIA
APELLIDOS	ROMERO RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2000	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 11:01:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

10411

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

309507202

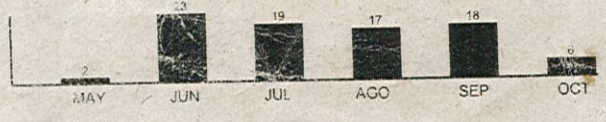
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:14	2025-10-19 09:21	7a5912416ea7045c85eead78ed53855bbc5b8dcdeb0747054a9e2b7f7e1ddc73b6bd1c457e596dc84ab987d12aad2e78

Suscriptor:
Dirección: CELIA ROMERO RAMIREZ
CL 1A 3 63 BR ABEL REY

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 19264
Tipo de Lectura Con Lectura
Lectura Actual 19290
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 15
Documento No.: DES4793802
Facturas Atrasadas: 0
Último Pago: $7990 26-09-25
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 1400020045

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	060609278	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	PLT104	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	17
(FIU) Número total de interrupciones	36.559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198.25
	7.08		38

V/r a Compensar $

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Perdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.66
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (Autonomio) Nivel ( )			CU=G+T+D+Cv+PR+R		177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 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: 399.64 (Valor kWh con SUBS) x 6 (Consumo en kWh)	$2,398
VALOR NETO	$5,446
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-3,048
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$2,398
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$272
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$2,670

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$2,670

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID [illegible] VASQUEZ
FIRMA GERENTE

Código del cliente Fecha d[illegible]

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 0035 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

3058

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

Fecha: 25 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez.

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Claudia Rojas Cuellar.					
Fecha y lugar de nacimiento:		20-03-1961.					
Edad:	64	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 26.637.313.					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	X	Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino	X.	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre	X.			No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	Si	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cr. 3 3-46 Puerto lequizamo. Putumayo						
Municipio:	Puerto lopez		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	304 242 2170.	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Daniel Antonio Mora.		
Relacion con el adulto mayor:			
Identificación: CC X TI RC TE CE PP **Número:**	1739479		
Telefono:	304 242 2170	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Claudia Rojas.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

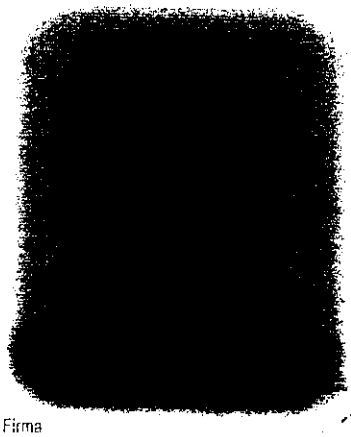
Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3054

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 26.637.313

Apellidos
ROJAS CUELLAR

Nombres
CLAUDIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.46	F

Fecha de nacimiento
20 MAR 1961

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO LEGUIZAMO (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
04 NOV 1988, PUERTO LEGUIZAMO

Firma

NO FIRMA

Fecha de expiración
20 MAYO 2034

.CO

046913832

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046913832464004<<<<<<<<<<
6103202F3405204COL26637313<<<7
ROJAS<CUELLAR<<CLAUDIA<<<<<<<<

Sisbén

3000

Fecha de consulta: 12/11/2025

Ficha: 50573139468600000907

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA

Apellidos: ROJAS CUELLAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 26637313

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2023

Última actualización ciudadano: 09/10/2023

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	26637313
NOMBRES	CLAUDIA
APELLIDOS	ROJAS CUELLAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2017	30/11/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/12/2025 16:48:02	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

Línea Gratuita Nacional
018000918615
Desde cualquier operador
316 027 8035
Línea Apr 318 5557464

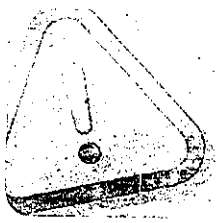
Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

10560

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

251124405



"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".

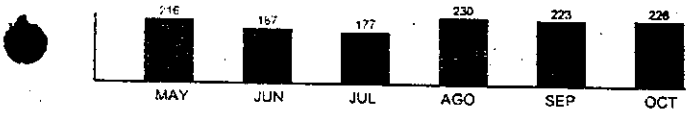
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-16 09:15	2025-10-16 09:21	1004bbfc25537bd2b39609a7094e071e40009c27830f03d3a2d9b63ff7143ea9511446c997611bc20e261ee1a401f2co

Suscriptor:

Dirección: DANIEL ANTONIO MORA CORRALES
CR 3 3 46 BRR ABEL REY

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(7) A-S Lectura Anterior 13351 — Lectura Actual 13577
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:

399,64 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$69,138
907,68 (Valor kWh) x 53 (Consumo en kWh)	$48,107
VALOR NETO:	
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$205,136
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-87,891
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$117,245
OTROS CONCEPTOS.	
Impuesto AP	$10,257
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$10,257
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$127,500

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 203 — Ultimo Pago: $123970 23-09-25
Documento No.. DES4793943 — Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Facturas Atrasadas: 0 — Ruta: 24-2400020775

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
OIS	20105921	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	19-OCT-2025 10:10	CICLO	
CLASE		CÓDIGO CIIU	Urbano	ESTADO DEL PREDIO	36

Residencial — Residencial y Alumbrado Público — ACTIVA

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	0
Nivel de calidad	PLT12517	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	230
(FIU) Número total de interrupciones	36,559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198,25
	V/r a Compensar $		38

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313,58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58,66
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51,66	Costo de comercialización	C $	36,41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) Monomio Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R					177,95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907,68 1,58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$127,500

Impuesto AP Acuerdo 006/2014 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 53 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID RODRIGUEZ QUEZ

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025 — Ruta: 24-2400020775	251124405	27-OCT-2025	$127,500

(415)7709998002449(8020)0251124405(3900)0000127500

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

10358 Enero-25-2002

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

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

3062

3063

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

Fecha: 25 | 10 | 25 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Rosario Salazar de Huerfano.					
Fecha y lugar de nacimiento:		22-04-1949 pto lopez (meta)					
Edad:	76.	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		21.242.639			
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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A5.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cl 4 Cll 5-31 = 33-35.						
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**		1	**Barrio:**	Santander-	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	3001174 9468	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Elvira Huerfano		
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		

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

Rosario Salazar

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosario Salazar

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.242.639
SALAZAR De HUERFANO

APELLIDOS
ROSARIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1949
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-NOV-1973 PUERTO LOPEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204500-00203688-F-0021242639-20091217 0019142283A 1 28471284

Sisbén

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 04/11/2025

Ficha: 50573020473200000337

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSARIO

Apellidos: SALAZAR DE HUERFANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21242639

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/12/2017

Última actualización ciudadano: 20/12/2017

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3066

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	21242639
NOMBRES	ROSARIO
APELLIDOS	SALAZAR DE HUERFANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	26/05/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2025 12:07:37	**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 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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LOPEZ S.A. E.S.P
"ESPUERTO S.A. E.S.P."

Calle 5 No. 6 - 16 local 21B 2 piso
CENTRO COMERCIAL LOS PINOS.
Cel: 313 564 4330 - 321 481 9230
Puerto López - META
Nit. 900.237.479-7

pse Pagos seguros en línea

espuerto s.a. ESP
EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE PUERTO LÓPEZ

FACTURA DE VENTA No.
1138700

FECHA DE EXPEDICIÓN
17/01/2025

DATOS DEL USUARIO	CÓDIGO SUSCRIPTOR	USO	ESTRATO	PERIODO FACTURADO
HUERFANO ARE[illegible]ALO MOISES	Ruta 0122 51	Cial/Esp	01/01/2025 31/01/2025	
C 4 5 31 33 35	NO. MEDIDOR	CÓDIGO DE REFERENCIA	PERIODOS ATRASADO	CONSEC. INT
[illegible]ITANDER		01 00 0065 0004 000		

ASEO

04-02-25
04-02-25



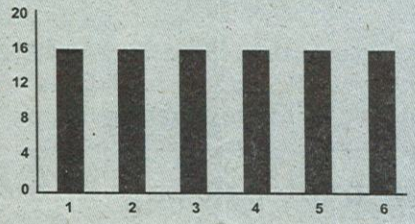
12-02-25

+CCS: C Comercialización suscriptor	$	2,010
+CCS: A Aprovechamiento	$	584
+CLUS C. Limpieza Urbana Suscriptor	$	4,867
+TBL:C. Barrido y Limpiexa Suscriptor	$	6,324
=CF: CARGO FIJO	$	13,785
+CRT:C Recolección y Transporte	$	9,145
+CDF:C.Disposición Final	$	2,200
+CML:C Tratamiento Lixiviados	$	312
+VBA Aprovechamiento	$	3,701
= CV: CARGO VARIABLE	$	15,358
VALOR FACTURADO	$	29,143
=CF + CV	$	
-SUBSIDIOS	$	
+CONTRIBUCIÓN	$	14,572
=TOTAL ASEO	$	43,715

24 ENE 2025

ACUEDUCTO

CONSUMO ULTIMOS 6 MESES



12-02-25
12-02-25
12-02-25
12-02-25

CMA: Cargo fijo	$	5,695
CMLP: Cargo por Consumo	$	28,698
Consumo en M3		16
Subtotal	$	34,393
Contribución	$	17,197
Subsidios	$	
TOTAL ACUEDUCTO	$	51,590

ALCANTARILLADO

Roscano

CMA: Cargo fijo	$3,529
CMLP: Cargo por Vertimiento	$9,482
Vertimiento en M3	16
Subtotal	$3,011
Contribución	$6,506
Sibdsidios	$
Devolución	
TOTAL ALCANTARILLADO	$9,517

ESTADO DE LA DEUDA

FINANCIACION	
Valor	Cuota Act
Saldo	Cuota Pen
Intereses 0	Cuota N° de
Valor Mes	114,822

OTROS

CONCEPTO	VALOR
Reconexión	
Matriculas	
Otros	
TOTAL OTROS PAGOS	0
Ajuste	

FECHA LIMITE DE PAGO
Febru 5 / 2025

TOTAL A PAGAR
114,800

JUAN G.DUARTE PEREA
GERENTE

Puerto López

3068

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

Fecha: 25 | NO | 25 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Luz Stella Toires					
Fecha y lugar de nacimiento:		23-08-1958 Ibague Tolima					
Edad:	67	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 30002912					

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

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

Dirección:	Cll 14a 9-A-84				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2	**Barrio:**	la Victoria
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Pedro Berdugo		
Relacion con el adulto mayor:	Esposo		
Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	3.372 069		
Telefono:		**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Luz estella Torres

Firma del adulto mayor

Nombre: Luz estella Torres

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3069

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **30.002.912**

TORRES
APELLIDOS

LUZ STELLA
NOMBRES

Luz estella Torres
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1958**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-JUL-1979 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204500-00175161-F-0030002912-20090904 0015704612A 2 7250001845

3070

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	30002912
NOMBRES	LUZ STELLA
APELLIDOS	TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	15/06/2001	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/29/2025 19:16:36	**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".

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3071

Fecha de consulta: 29/10/2025

B5

Ficha: 50573001472500000121

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LUZ STELLA

Apellidos: TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30002912

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/08/2021

Última actualización ciudadano: 12/12/2017

Última actualización via registros administrativos: 31/08/2025

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

"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: MONICA PIEDRAHITA PAB(

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Cent

Teléfono: 6451867 - 31386531

Correo Electrónico: sisben@puertolopez-meta.gov

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

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

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

17830

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

250325857

"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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-09-17 19:18	2025-09-17 19:36	e5a6d69447154551c6696d6c5e6728eb49a61d1ddd8405ce3f1e7f715043a791c42126e1a640c965938eef04c547b71e

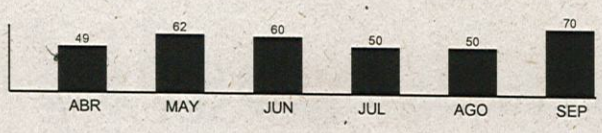
Suscriptor: PEDRO ALFREDO BERDUGO ARANGO

Dirección: CL 14A 9A 84 BRR LA VICTORIA

17628

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 43243
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 43313
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 56
Documento No.: DES4399822
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $27900 27-08-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400124320

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071033455	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT123	(VC) Veces a compensar	0
[illegible] de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	50
[illegible] Duración en horas de interrupciones	58.434	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	36	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
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 ( ) 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: 498.64 (Valor kWh con SUBS) x 70 (Consumo en kWh)	$34,905
VALOR NETO:	$62,919
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-28,014
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$34,905
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$4,404
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$4,405
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$39,310

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	$39,310

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO 17-08-2025/15-09-2025 | Ruta: 24-2400124320 | Código del cliente 250325857 | Fecha de vencimiento 26-SEP-2025 | Valor a pagar $39,310

(415)7709998002449(8020)0250325857(3900)0000039310

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
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

Impreso por: deqsoles S.A.S. NIT: 860.026.560-2 4834

3043

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

Fecha:	25	10	2025	Centro Vida:	Puerto Lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Angelica Maria Triana				
Fecha y lugar de nacimiento:			25-Dic-1959				
Edad:	56	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**			40.393.107		
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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	Si	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B4
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Capital Salud	
		ROM	NO	¿Cuenta con certificado?	NO Si		
Dirección:	Cr 7 1-15						
Municipio:			**Estrato:**		**Barrio:**	Santander	
Zona:	**Rural**		**Urbano**		**Telefono:**	3133701685	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

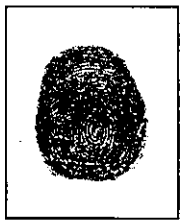
Angelica Maria Triana

Firma del adulto mayor

Nombre: 40393107

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo 1.122 627 395

3074

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



56



FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1969**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-OCT-1989 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5204500-01237026-F-0040393107-20210611 0074592336A 1 8501963163

Sisbén

3075

Fecha de consulta: 12/11/2025

Ficha: 505731421076300000022

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGELICA MARIA

Apellidos: TRIANA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40393107

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/10/2024

Última actualización ciudadano: 09/10/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3076

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	40393107
NOMBRES	ANGELICA MARIA
APELLIDOS	TRIANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/12/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/12/2025 08:43:02	**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".

11590

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

250886993

3027

"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".

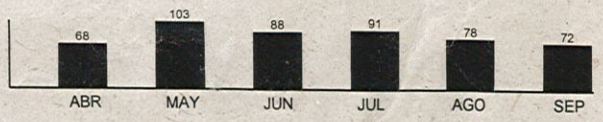
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-17 18:59 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-17 19:12 | CUDE | fce3c1cc5e6e00889a64c353ca72668932dcff5f4e703fbff3d526371f20d787af7888813185ac39d878ea43fba552f5

Suscriptor: ROSANA GONGORA GONZALEZ

Dirección: CR 7 1 15 BRR SANTANDER

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 16080
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 16152
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 83
Documento No.: DES4393842
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $34410 15-09-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400043780

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071038503	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-SEP-2025 07:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeno Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	PLT186	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	91
(DIU) Duración en horas de interrupciones	38.259	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	35	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

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 72 (Consumo en kWh)	$28,721
VALOR NETO:	$64,716
Porcentaje de SUBSIDIO (56%)	$-35,996
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$28,721
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$3,236
Ajuste a la Decena	$3
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$3,239
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$31,960

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	**$31,960**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
17-08-2025/15-09-2025	Ruta: 24-2400043780	250886993	26-SEP-2025	$31,960

(415)7709998002449(8020)0250886993(3900)0000031960

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2013 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002 11388
VIGILADO 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

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
ANGELICA	MARIA	TRIANA	

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	PUERTO LÓPEZ

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: 40393107

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	11	28

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

800037979

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	25.00
Movilidad	75.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	43.75
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.3 b720.3 b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.363 s760.363 s798.363

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.3 d4602.3 d879.2

3042

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
FERNANDO MEDINA GRANADOS	Medicina	CC-17388048
SONIA ELISABETH TORO RODRIGUEZ	Enfermería	CC-40215579
DANIEL FERNANDO ROJAS VALERO	Fisioterapia	CC-88035431

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.

3080

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

Fecha: 25 | Mes | 2025 **Centro Vida:** Puertos Lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Carlos Julio Trigos Acosta
Fecha y lugar de nacimiento:	04-Dic-1958
Edad:	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 17 385 568

CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjeria, 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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B4
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	capital Salud	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cr 3 H 4-21				
Municipio:	Puerto Lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**		**Urbano** X	**Telefono:**	3134816426

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: 17'385'568 PC

Relacion con el adulto mayor (si aplica)

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3091

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

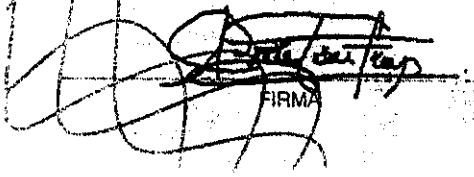
NUMERO **17.385.568**

TRIGOS ACOSTA

APELLIDOS

CARLOS JULIO

NOMBRES



FIRMA



62



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1958**

PUERTO LOPEZ
(META)

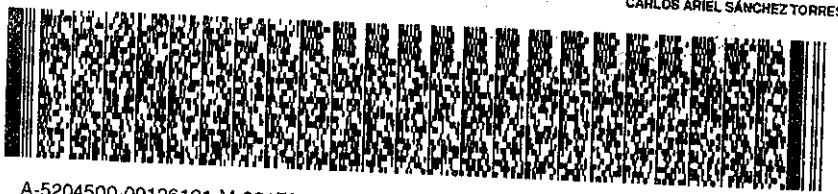
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-NOV-1977 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5204500-00126131-M-0017385568-20081108 0005591938A 1 7250001812

Sisbén

3082

Fecha de consulta: 01/11/2025

Ficha: 50573067468600001333

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS JULIO

Apellidos: TRIGOS ACOSTA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17385568

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/05/2024

Última actualización ciudadano: 10/05/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3083

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	17385568
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	TRIGOS ACOSTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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	01/02/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/07/2025 10:32:44 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3084
10664

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

251200296

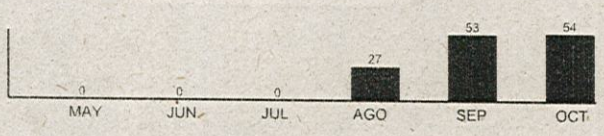
"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora 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	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-19 09:15	2025-10-19 09:21	5b7c25714471119df4a09e3abd6e43c8346a0019f22dfbb096d004375d26d1401f2b5edd7aa7e2228d3cb8718838b1fa

Suscriptor:
Dirección: CARLOS JULIO TRIGOS
CR 3 4 21 BRR ABEL REY

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 28120 Lectura Actual 28174
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 13 Ultimo Pago: $23520 29-09-25
Documento No.: DES4794039 Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Facturas Atrasadas 0 Ruta: 24-2400021315

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	100153709	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

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

Indicadores de calidad

Cód. Circuito		(HC) Horas Compensadas	
COD. Transformador	PL0102	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	PLT12517	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	22	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	27
(FIU) Número total de interrupciones	36,559	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	31	(FIUG) Meta por Frecuencia	198,25
V/r a Compensar $	28,78		38

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Perdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribución local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( ) CU=G+T+D+Cv+PR+R		769			177.95
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		907.68 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		SALDO EN RECLAMACIÓN	

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

$0 $0

Liquidación del consumo de energía:
399.64 (Valor kWh con SUBS) x 54 (Consumo en kWh) $21,581

VALOR NETO $49.015
Porcentaje de SUBSIDIO (56%) $-27,434
Valor porcentaje de SUBSIDIO $21,581
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $2,451

SUBTOTAL VALOR OTROS $2,451
DESCUENTOS:
Ajuste A la Decena $-2

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $24,030

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$24,030

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID RAMIREZ VELASQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025 Ruta: 24-2400021315	251200296	27-OCT-2025	$24,030

(415)7709998002449(8020)0251200296(3900)0000024030

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

VIGILADO SUPERSERVICIOS

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 805.006.872-8 7007/07072020

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002 10462
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

3085

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

Fecha: 25 | MO | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Dora Maria Vasquez Vega
Fecha y lugar de nacimiento:	08-04-1957. Puerto lopez

Edad: 68 **Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:** 40 416. 315

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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	A2
Otro	NO	Indígena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	N
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS.	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		

Dirección:	Cr 4 1-37				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Santander.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	314 309 0733.

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	vive solo
Relacion con el adulto mayor:	

Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**

Telefono:		**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

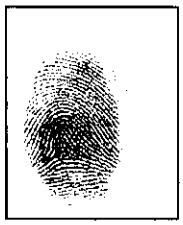
Nora Vasquez

Firma del adulto mayor

Nombre: Nora Vasquez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

30896

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.416.315

VASQUEZ VEGA

APELLIDOS

DORA MARIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1957

PUERTO LOPEZ
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-OCT-1988 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204500-00432519-F-0040416315-20130424 0032806620A 1 39374033

Sisbén

Fecha de consulta:	10/11/2025
Ficha:	50573044471000000152

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DORA MARIA

Apellidos: VASQUEZ VEGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40416315

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	24/11/2017
Última actualización ciudadano:	01/03/2022
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:	MONICA PIEDRAHITA PAB
Dirección:	Carrera 5 No 5 - 35 Parque Cent
Teléfono:	6451867 - 31386531
Correo Electrónico:	sisben@puertolopez-meta.gov

3088

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	40416315
NOMBRES	DORA MARIA
APELLIDOS	VASQUEZ VEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	22/11/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/10/2025 16:27:25	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 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

11550

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

251100429

11343 1/1

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

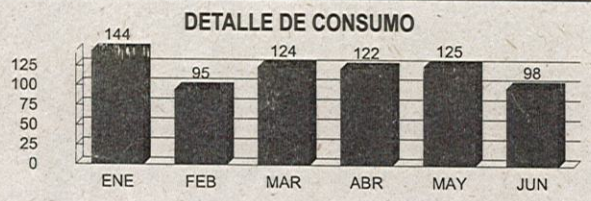
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-06-18 10:28 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-06-18 10:47 | CUDE | b64854528f099b1f358b5bbf51ab3daa104388f3a6e298de42cea5b3862c0a0392f3524582866 59bc47a2e54448cfa0e

Suscriptor: ANATOLIO CANDURY DUSSAN

Dirección: CR 4 1 37 SANTANDER

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S
Lectura Anterior 38482 — Lectura Actual 38580
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 127
Documento No.: DES3179258
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $49680 28-05-25
Periodo Facturado: 17-05-2025/16-06-2025
Ruta: 24-2400043975

DATOS DE FINANCIACIÓN

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
396.12 (Valor kWh con SUBS) x 98 (Consumo en kWh)	$38,820
VALOR NETO:	$84,179
Porcentaje de SUBSIDIO (54%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-45,359
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$38,819
Impuesto AP	$4,209
OTROS CONCEPTOS:	
SUBTOTAL VALOR OTROS	$4,209
DESCUENTOS:	
Compens. Calidad Servicio	$-4,819
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4,819
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$38,210

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	071039554	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 18-JUN-2025 11:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	.067
Transformador	PLT104	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	122.093
(DIU) Duración en horas de interrupciones	44.134	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	34	(Dt) Cargo de Distribución	197.35
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48

V/r a Compensar $ 4819.02

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

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

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
27-JUN-2025	28-JUN-2025	$38,210

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO 17-05-2025/16-06-2025 — Ruta: 24-2400043975

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
251100429	27-JUN-2025	$38,210

(415)7709998002449(8020)0251100429(3900)0000038210

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
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

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 40978

3090

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

Fecha: 25 | Nov | 2025 **Centro Vida:** Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Leonilde Velasquez Arevalo
Fecha y lugar de nacimiento:	19-02-1958 Venecia (Cundinamarca)
Edad: 67	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21244.060

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	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B6.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO		
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO	Famisanar	

Dirección:	Cl 2 - 2 - 36				
Municipio:	Puerto lopez	**Estrato:**	2	**Barrio:**	Abel Rey
Zona:	**Rural**	**Urbano**	X	**Telefono:**	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Daniel de Velasco

Firma del adulto mayor

Nombre: Daniel de Velasco

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermera

3091

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **21.244.060**

VELASQUEZ AREVALO

APELLIDOS

LEONILDE

NOMBRES

Leonilde Velasquez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1958**

VENECIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-OCT-1983 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5204500-00945483-F-0021244060-20171011 **0058**045135A 1 47935470

Sisbén

3092

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 5057300846970000229

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LEONILDE

Apellidos: VELASQUEZ AREVALO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21244060

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/12/2017

Última actualización ciudadano: 07/12/2017

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: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

3093

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	21244060
NOMBRES	LEONILDE
APELLIDOS	VELASQUEZ AREVALO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

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: 11/05/2025 10:08:41 **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

3094 10494

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

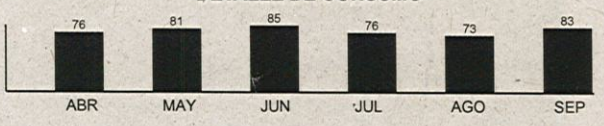
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
252723259

"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	2025-09-17 18:58	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-09-17 19:08	CUDE	6380a6b1a639258ad3923dbd23ef9729caa2f07055358d42980b705373e9185d2e9f15961108a834a714db2ed2d68c70

Suscriptor: JOSE ISRAEL RUBIANO VELASQUEZ
Dirección: CL 2 2 36 BRR ABEL REY
Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 38559 — Lectura Actual 38642
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 80
Documento No.: DES4392837
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $40730 01-09-25
Periodo Facturado: 17-08-2025/15-09-2025
Ruta: 24-2400020610

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISKRA	18-36680883	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	18-SEP-2025 07:09				
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Residencial Pequeño Urbano	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	PLT104	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	76
(DIU) Duración en horas de interrupciones	38.078	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	34	(Dt) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	35.98	(FIUG) Meta por Frecuencia	48
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: 498.64 (Valor kWh con SUBS) x 83 (Consumo en kWh)	$41,387
VALOR NETO:	$74,604
Porcentaje de SUBSIDIO (45%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-33,217
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$41,387
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$5,222
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$5,223
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$46,610

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
26-SEP-2025	27-SEP-2025	**$46,610**

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO 17-08-2025/15-09-2025 — Ruta: 24-2400020610
Código del cliente 252723259 — **Fecha de vencimiento** 26-SEP-2025 — **Valor a pagar** $46,610

(415)7709998002449(8020)0252723259(3900)0000046610

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. 0017 Enero-25-2002
VIGILADA POR SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
10292
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

3095

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

Fecha:	25	Dic	2023	Centro Vida:	Puerto lopez

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Raul Salazar lozano.				
Fecha y lugar de nacimiento:			21-07-1957. puerto lopez				
Edad:	68	**Identificación:** CC X TI RC TE CE PP **Número:**		17 385. 214			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	X	Masculino	X	Cisgénero		Heterosexual	X.
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	NO	Cabeza de Familia	NO	Física	NO	Contributivo	
Despojo de Tierras	NO	Cuidador	NO	Visual	NO	Subsidiado	X.
Desaparición Forzada	NO	Firmante de Paz	NO	Auditiva	NO	No asegurado	
Homicidio	NO	Campesino	NO	Sordoceguera	NO	Especial	
Acto Terrorista	NO	Líder Religioso	NO	Intelectual	NO	**Nivel Sisben**	B2.
Otro	NO	Indigena	NO	Psicosocial	NO	**EPS**	
		NARP	NO	Múltiple	NO	Nueva EPS	
		ROM	NO	**¿Cuenta con certificado?**	NO		
Dirección:	Cll 4. 5-33						
Municipio:	Vive solo.		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Centro.	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	X	**Telefono:**	306424 9468	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

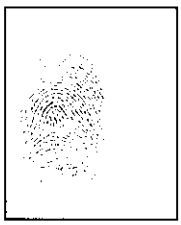
Raul Salazar

Firma del adulto mayor

Nombre: Raul Salazar

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Paola Caicedo

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Paola Caicedo

Cargo Aux Enfermeria

3096

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **17.385.214**

SALAZAR LOZANO

APELLIDOS

RAUL

NOMBRES

Raúl Salazar

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1957**

PUERTO LOPEZ
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-OCT-1976 PUERTO LOPEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5204500-01239767-M-0017385214-20210618 0074676973A 1 8501988024

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	17385214
NOMBRES	RAUL
APELLIDOS	SALAZAR LOZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO LOPEZ

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	10/30/2025 11:13:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén

3090

Fecha de consulta: 30/10/2025

Ficha: 5057313410760000000254

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAUL

Apellidos: SALAZAR LOZANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17385214

Municipio: Puerto López

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/10/2021

Última actualización ciudadano: 27/10/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MONICA PIEDRAHITA PABON

Dirección: Carrera 5 No 5 - 35 Parque Central

Teléfono: 6451867 - 3138653192

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

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

250908132

3099 11482

"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".

Raul

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE

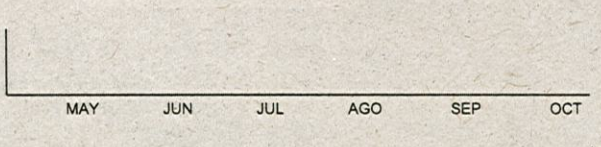
Suscriptor: MOISES HUERFANO Y ROSARIO SALAZAR

Dirección: CL 4 5 33 CENTRO

01280

Ciudad: Puerto Lopez

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 1393 — Lectura Actual 1393
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 40

Consumo Promedio Ult. 6 Meses:
Documento No.: 202510250908132
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $484030 28-09-24
Periodo Facturado: 16-09-2025/16-10-2025
Ruta: 24-2400043145

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HKG	23571189	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 19-OCT-2025 10:10

ESTRATO		ZONA	Urbano	CICLO	36
CLASE	Comercial	CÓDIGO CIIU	Transporte terrestre regular de pasajeros	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	PL0102	(HC) Horas Compensadas	0
Cód. Transformador	PLT109	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	22	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	36.559	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	31	(Dt) Cargo de Distribución	198.25
(DIUG) Meta por duración	28.78	(FIUG) Meta por Frecuencia	38

V/r a Compensar $ 0

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

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313.58	Perdidas reconocidas	PR $	58.68
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 ( ) ¢U=G+T+D+Cv+PR+R					907.68

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

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

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:

DESCUENTOS:

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
27-OCT-2025	28-OCT-2025	$0

Impuesto AP Acuerdo 006/2014

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Ruta: 24-2400043145	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
16-09-2025/16-10-2025		250908132	27-OCT-2025	$0

(415)7709998002449(8020)0250908132(3900)0000000000

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
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