UNIÓN TEMPORAL
ADULTO
MAYOR
2025

INSCRIPCIONES CENTRÓ VIDA LA MACARENA

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

3510

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Silvestre Aguilar.						
Fecha y lugar de nacimiento:	09-feb-1956 Bolivar Santander.						
Edad:	69	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	17.323293				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)	✓	Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	✓	Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Coptal salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 9					
Municipio:	La Macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Cristales	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	314 219 6763

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Silvestre Aguilar

Firma del adulto mayor

Nombre: Silvestre Aguilar

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

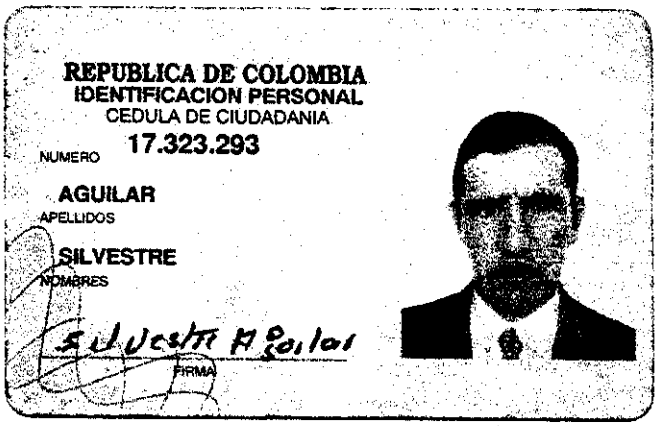


Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy R. Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

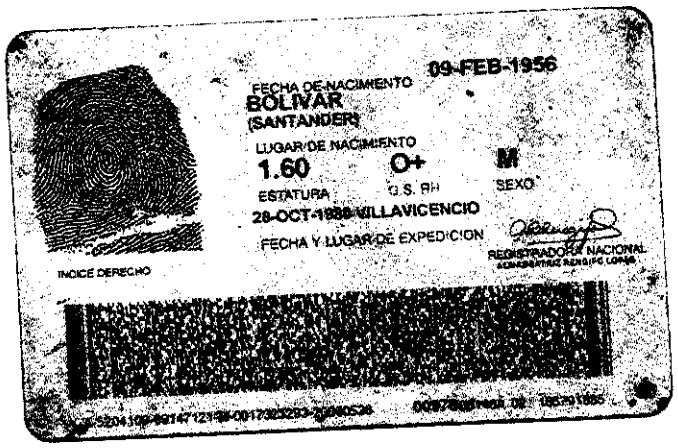


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.323.293

AGUILAR
APELLIDOS

SILVESTRE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1956
BOLIVAR
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-OCT-1988 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3512

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500000855

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SILVESTRE

Apellidos: AGUILAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17323293

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/04/2024

Última actualización ciudadano: 17/04/2024

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	17323293
NOMBRES	SILVESTRE
APELLIDOS	AGUILAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 14:35:59	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAGUETA SA ESP

NIT. 891190127-3

Ref. para pagos 30356- 487279275

Información del cliente

[illegible] Clase de servicio: [illegible]

Información técnica

No. Factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0611	2 Bajo

Cod. Transformador	Cod. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	0	0	0

FRUG	FRU	HC	VC	CI	CS	HC
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
[illegible]	[illegible]	[illegible]

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lectura Anterior	Lectura Actual	Consumo	Factor	Consumo Kwh
11050953	HDI	A	[illegible]	[illegible]	46	1	49

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	Pr,m	Dr,m	Rm	Cv,m	Cu(S/Kwh)
324,0[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	936,9577

FOES	Consumo Kwh	Skwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo período

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor ($)	Consumo (Kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
[illegible]	[illegible]	[illegible]			

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período		$	46.911
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución)	11.[illegible]	$	18.9[illegible]
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturado.		$	36.984

Cartera

Capital	Interes Corriente	Interés de Mora	Interes de Atraso	Saldo

Financiaciones

Detalle de cuento

Concepto		Valor Mes
Valor Facturaperiodo	$	36.984
Compensacion Junio/Je	$	1.246-
Aporte al Peso	$	2

VALOR A PAGAR 35.740

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada Según acuerdo No: [illegible]

[illegible]	[illegible]	Interés	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	8.200

Liquidación factura de aseo

Servicio	[illegible]				
CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR $	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

[illegible] Ley [illegible] en nuestra página Web [illegible] Línea de Transparencia [illegible]

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A LA LETRA DE CAMBIO.

VE-GC-F-31/V3/2024-07-26

3515

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gracia Arango Jara
Fecha y lugar de nacimiento:	26-NOV-1960 Quimbaya quindio
Edad: 64	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 25018410.

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B 3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Trans. 2 # 15-216.				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Veinte de enero.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3223257329

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

Gracirla A.

Firma del adulto mayor

Nombre: Graciela Arango Jura

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Heidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Heidy Rebuga

Cargo Aux enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.018.410**
ARANGO LUNA
APELLIDOS
GRACIELA
NOMBRES

Graciela Arango
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1960**
QUIMBAYA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-AGO-1982 QUIMBAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5204100-00795434-F-0025018410-20160229 0048706104Q 1 44988534

35 17

Sisbén

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020851650000570O

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GRACIELA

Apellidos: ARANGO LUNA

Tipo de documento: Cedula de ciudadania

Numero de documento: 25018410

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/06/2025

Ultima actualización realizada: 11/06/2025

Ultima actualización de registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MAURICIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 3332095529

Correo Electrónico: sisbenlamacarena 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	25018410
NOMBRES	GRACIELA
APELLIDOS	ARANGO LUNA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:42:26	**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".

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.
NIT. 822.006.587-0

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
050350010000700	7	09-sept.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **757807**

PERIODO FACTURADO: **1531893**

351

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

GRACIELAARANGOLUNA
LA MACARENA
TRANSVERSAL 2N° 15-216 VEINTE DE ENERO

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	602600000	RESIDENCIA 1	

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	CONSUMO (m3)	COSTO TOTAL	VALOR SUBSIDIO	VALOR APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO						
1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 0
ALCANTARILLADO						
CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.356,36	8.356,36	-5.849		2.507
DEUDA ANTERIOR AL						17.575
INTERÉS DE MORA ALC						87
2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 20.169

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 0,00

NOVEDAD DE LECTURA:

Abr	May	Jun	Jul	Ago
LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR		CONSUMO (m3)	0,00

ASEO

CONCEPTO	VALOR
CARGO FIJO ASEO	2.730,00
CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.644,00
DEUDA ANTERIOR ASEO	73.256,00
INTERÉS DE MORA ASEO	360,00
3 SUBTOTAL ASEO	$ 83.990

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	1
4 TOTAL OTROS COBROS	$ 1

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,1010	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Miriam Neise Pastran Moreno
Gerente EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague hasta: **26/sept./2025**

Sr. Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación

Cartera Coactivo: **$ 0**

TOTAL A PAGAR: $ 104.160

FECHA DE SUSPENSIÓN: **PAGO INMEDIATO**

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS 500/01/540 1

EMPRESA

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO **757807**

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS **1531893**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007578070001531893(3900)000000104160(96)20250929

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
26/sept./2025	PAGO INMEDIATO	$ 104.160

CUFE:
7f7aca689f95cd00100289f641e0923245ffb5f6aa5a360254a543faa121ad642280e1a0b5b62d97a8fcfda0d6140836

BANCO

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO 757807

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS 1531893

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007578070001531893(3900)000000104160(96)20250929

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
26/sept./2025	PAGO INMEDIATO	$ 104.160

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosa maria oviza chavarro
Fecha y lugar de nacimiento:	20-ene-1951 - Aguada Santander.
Edad: 74	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40205281

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

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

Dirección:	Cll 9 # 10-38				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3228550892

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Rosa Aniza

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosa María Aniza Alvarado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy O. Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.205.281**

ARIZA CHAVARRO
APELLIDOS

ROSA MARIA
NOMBRES

Rosa Maria Ariza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ENE-1951**

AGUADA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ENE-1983 LA MACARENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204100-00152985-F-0040205281-20090319 **0010**404342A 1 24808791

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3522

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350064518200000076

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA MARIA

Apellidos: ARIZA CHAVARRO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40205281

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/09/2023

Última actualización ciudadano: 07/09/2023

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	40205281
NOMBRES	ROSA MARIA
APELLIDOS	ARIZA CHAVARRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 11:54:53	Estación de origen:	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 20259- 486409637

Información del cliente

MARIA ARTZA — Tel..

CL 9 10 38 BRR COLINAS — **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Código Localización	Estrato
486409627	G1000000[illegible]	Laberinto	0618	1 B.Bajo

Cod Transformador	Cod Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr Compensación	DIUG	DIU
11123	20071	3	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	946,2061					

Período Facturado	Vencimiento	Suspensión
26/AGO/25 a 23/SEP/25	30/09/2025	01/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110509641	HOL	A	6948	6965	20	1	17

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	Pr	Dm	Cv	Cu	Cu$/Kwh
324,1505	51,661	75,1126	269,4004	34,3727	191,5089	946,2061

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

22	18	16	21	18	17	17 Kwh
MAR-25	ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
17 *	443,0732	=	7.532		

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período			$ 16.086
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución %)	53,17	<$	8.553>
No Residencial	1%	1%	Valor Neto Energía Facturado		$	7.533

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valorfacturaperiodo	$	7.532
CompensacionSep2020	<$	615>
Ajuste al Peso	$	3

VALOR A PAGAR 5.920

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada Según acuerdo No: ACDo 046-2021 EST RENT

Base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU: 15 ..... Interés: .....

Atención al público: **VALOR A PAGAR** 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

puntoGO

Cra 7 # 4-14 La Macarena - Meta

PAGADO

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra p.gina Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Poli¿ tica de Tratamiento d

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

3515

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

Fecha:	21	10 Dies	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ana Fidelia Avila Sierra
Fecha y lugar de nacimiento:	07-may-1963 Acacias Meta
Edad: 62	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 40205231

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

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

Dirección:	Cra 3 #7-42					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3124582638.	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Ana Fidelia

Firma del adulto mayor

Nombre: Ana fidelia avila oiiza

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: Wendy Bastidas

Cargo Aux. Enfermería

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.205.231



Apellidos
AVILA SIERRA

Nombres
ANA FIDELIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 MAYO 1963

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
ACACIAS (META)

Fecha y lugar de expedición
11 DIC 1981, LA MACARENA

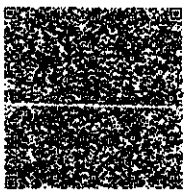
Firma

Fecha de expiración
23 ABR 2035

.CO

059563602

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL059563602452041<<<<<<<<<<
6305073F3504233COL40205231<<<5
AVILA<SIERRA<<ANA<FIDELIA<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000412

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA FIDELIA

Apellidos: AVILA SIERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40205231

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/09/2021

Última actualización ciudadano: 23/09/2021

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	40205231
NOMBRES	ANA FIDELIA
APELLIDOS	AVILA SIERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:06:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Información del cliente

Ref. para pagos 202510- 486864214

ANA FIDELIA AVILA SIERRA Tel.:

CR 3 7 42 BRR ANTONIO NARINO **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
486864214	0610000000082800	La Macarena	061	1 B.Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT11297	20071	1	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	931,1927					

Período facturado	Vencimiento	Suspensión
21/SEP/25 a 21/OCT/25	28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom.	Factor	Consumo
22100278	HOL	A	1808	1886	67	1	78
22100278	HOL	R	525	538	67	1	0

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRm:	Dm:	Rm:	Cvm:	Cu($/kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

0	0	0	0	0	0	78 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
78 * 444,491	=	34.670			

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período		$	72.633
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución %)	52,27	<$	37.963>
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturado		$	34.670

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
EnergiaReactiva	$ 0
Valorfacturaperiodo	$ 34.670
CompensacionOct2020	$ 2.714>
Ajuste al Peso	$ 4

VALOR A PAGAR 31.960

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACDO 046-2021 EST RENT

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU: 15 ..... Intereses: .....

Atención al público: **VALOR A PAGAR** 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TSM	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR $	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

puntored

Cra [illegible] # 4-14 La [illegible] - Meta

28 OCT 2025

PAGADO

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra página Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento d

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

3530

	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 Mes	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Rosa Ines Barragan Caceres						
Fecha y lugar de nacimiento:	13-Sep-1960 La macarena meta						
Edad:	65	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	40206191				

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

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

Dirección:	Cra 10 bis # 14-10					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bellavista	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3203280533

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Rosa Ines Barragan Caceres

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: Wendy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

3531

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40206191**



BARRAGAN CACERES
APELLIDOS

ROSA INES
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-1960**
LA MACARENA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-FEB-2001 LA MACARENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-5204100-69091921-F-0040206191-20010619 0449201166A 01 095659760

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3532

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000653

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ROSA INES

Apellidos: BARRAGAN CACERES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40206191

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/11/2018

Última actualización ciudadano: 28/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	40206191
NOMBRES	ROSA INES
APELLIDOS	BARRAGAN CACERES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:17:37	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".

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.
NIT. 822.006.587-0

3534

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
00000000000000000	0	07-oct.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **746036**

PERIODO FACTURADO **1534080**

01-sept.-2025 30-sept.-2025

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

ROSAINESBARRAGANCACERES
LA MACARENA
CRA10BISN°14-10 BELLAVISTA

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO		No.MEDIDOR
CICLO 01	401050000	RESIDENCIA	1	1910053990

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
	1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 4.864
ALCANTARILLADO	2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 0

ASEO	CONCEPTO	VALOR
	3 SUBTOTAL ASEO	$ 0

OTROS COBROS	CONCEPTO	VALOR
	AJUSTE	-4
	4 TOTAL OTROS COBROS	$ -4

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M³	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	

Miriam Neise Pastran Moreno
Gerente (E) EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

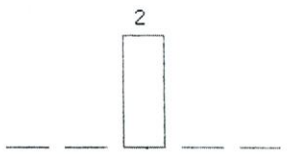
Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 0,00
NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
55,00	55,00	0,00

Pague hasta **27/oct./2025**

Sr. Usuario; Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generara cobro de reinstalación

Cartera Coactivo **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 4.860**

FECHA DE SUSPENSIÓN **29/oct./2025**

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS 500010001-1

EMPRESA

CODIGO USUARIO **746036**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1534080**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007460360015340 80(3900)000000004860(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 4.860

CUFE:
8f638774bc4c1da8cb65a6a209
79d1f61ff184f90a5dbaf2edb47c
6c63046263b30ddf978950f698b
c0aa4fb94f20c4c

BANCO

CODIGO USUARIO **746036**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1534080**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007460360015340 80(3900)000000004860(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 4.860

3535

	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:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			José Heinel Beinal Duran				
Fecha y lugar de nacimiento:			19-JUN10-1952. Neiva Huila				
Edad:	73	**Identificación:**	CC TI RC TE CE PP **Número:**	12224348.			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capita Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 4 # 2-93						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Porvenir	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	322 227 3779	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS

Jose R

Firma del adulto mayor

Nombre: Jose Leinel Bernal Duran

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Yeidy Rodriguez

Cargo Dir. Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.224.348

BERNAL DURAN

APELLIDOS

JOSE REINEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1952

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-OCT-1973 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204100-00346607-M-0012224348-20111119 0028S19983A.1 28466432

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3537

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500001831

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE REINEL

Apellidos: BERNAL DURAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 12224348

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/12/2021

Última actualización ciudadano: 17/12/2021

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

3538

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	12224348
NOMBRES	JOSE REINEL
APELLIDOS	BERNAL DURAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:55:50	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Electr
Caquetá

CLLE 4A # 9B BARRIO [illegible]

Información

No. factura	Ruta	Municipio	Co	Estrato
436741263	[illegible]	[illegible]		1 Básico

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Subestación	Cargas	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT11299	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	DT	%	CEC
646,55	944,7875					

Período facturado	Vencimiento	Suspensión
22ABR/25 a 21/MAY/25	[illegible]	[illegible]

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E.	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom.	Factor	Consumo
1171635	MET	A	943	944	28	1	14

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	PRn,m	Dn,m	Rm	Cv,m	Cu($/kWh)
315,8039	56,7575	73,7458	262,4751	31,6916	184,8146	914,7875

FOES: Consumo Kwh	$/kWh	Valor $	No. Factura

Últimos consumos

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Observación

[illegible]

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
14 *	439,1523 =	6.148			

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período		
Residencial	0,50%	1%	Valor Subsidio/Co	5.1,52	$ [illegible]
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturada		$ 6.148

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor($)
Venta de energía [illegible]	[illegible]
Compensación Tarifaria [illegible]	[illegible]
Ajuste al Peso	[illegible]

VALOR A PAGAR [illegible]

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No:	[illegible]		
Con base Cláusula 25 Parágrafo 1 del CCU:	[illegible]	Interés:	[illegible]
Atención al público:		VALOR A PAGAR	6.260

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	SS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRB	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR $	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR [illegible]

[illegible] Resolución [illegible] de 2017 y el Decreto [illegible] de [illegible] [illegible] página Web [illegible] [illegible] Estimado d

	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 | 2023 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jorge Laureano Cañon Martinez
Fecha y lugar de nacimiento:	17-Mar2-1948 Umbita Boyaca

Edad: 77. **Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 3.295.494

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

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

Dirección:	Cll 4# 10-23				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	fundadores
Zona:	**Rural**		**Urbano**	**Telefono:**	3212387023

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

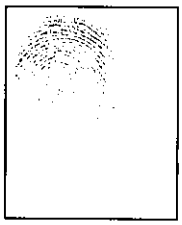
Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

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

5. FIRMAS



Jorge L

Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge Laureano Duñon Martinez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Hady R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hady D. Rodriguez

Cargo Aux Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.295.494

CAÑON MARTINEZ
APELLIDOS

JORGE LAUREANO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1948

UMBITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUL-1969 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204100-00152985-M-0003295494-20090319 0010403172A 1 28462093

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3542

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000513

AS

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE LAUREANO

Apellidos: CAÑON MARTINEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3295494

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/10/2024

Última actualización ciudadano: 19/10/2024

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

35543

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	3295494
NOMBRES	JORGE LAUREANO
APELLIDOS	CAÑON MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 19:20:57	**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".

3514

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 202510- 499780581

Información del cliente

A.ON MARTINEZ JORGE LAUREANO Tel.:

ALLE 4 10 23 FUNDADORES **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnico

Cont	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
99780581	0610000000206900	LaMacarena	061	1 B.Bajo

Transformador	Capac.	Empalme	Carga	Vr. Compensación	DIUC	DIU
1120	20071	3	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	DI	%	CEC
46,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
23/SEP/25 a 23/OCT/25	30/10/2025	31/10/2025

Información de consumo

Medidor	Tipo	Lectura Actual	Lectura Anterior	Prom	Factor	Consumo
5677501689	CHI	A	3961	4023	125	1 62

Costo unitario de prestación del servicio

Consumo (Kwh)	$/Kwh	Valor $	No Factura
52,9668	73,4321	275,1953	31,5509 183,3656 931,1927

Últimos consumos

167	100	105	90	105	77	62 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)
62 *	444,491	=	27.558		

Interés de mora	Financiación				
Residencial	0,50%	1%	Valor Total Energía del Periodo		$ 57.734
No Residencial	1%	1%	Valor Subsidio Contribución %	52,27	<$ 30.176>
					$ 27.558

Cartera

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuento

Concepto		Valor Mes
Valor factura período	$	27.558
Ajuste al Peso	$	2

VALOR A PAGAR 27.560

Liquidación factura de alumbrado público

AGO-SEP-2024 EST REN

Calle 10 No 3a-15

VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
FCS	0	TRA	0	CVA	0
TAFA	0	TRNA	0	Descuento	0
				VALOR A PAGAR	

Liquidación factura Aguas de Florencia

2315

	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:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Blanca luz Cruz de Ruiz
Fecha y lugar de nacimiento:	28-Oct-1960 Pandi Cundinamarca
Edad: 65	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 35.502.525

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

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

Dirección:	Cra 12 # 11-28					
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	311 267 9402

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Blanca Cruz

Firma del adulto mayor

Nombre: Blanca luz Cruz de Ruiz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

3546



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.502.525
CRUZ De RUIZ

APELLIDOS
BLANCA LUZ

NOMBRES
Blanca Luz Cruz Sanchez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1960
PANDI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-SEP-1982 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-5204100-01118524-F-0035502525-20191210 0069230251A 1 51803566

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3547

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000115 1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BLANCA LUZ

Apellidos: CRUZ DE RUIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 35502525

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/08/2023

Última actualización ciudadano: 29/08/2023

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

3548

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	35502525
NOMBRES	BLANCA LUZ
APELLIDOS	CRUZ DE RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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	28/09/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 08:57:45	**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".

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDA	FECHA DE IMPRESIÓN
000000000000000000	0	09-sept.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **7876920**

PERIODO FACTURADO: **1531584**

3549

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

FRANCY ELCANY ACOSTA URIBE

LA MACARENA

K 12 11 44 LAS COLINAS

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	601950016	RESIDENCIA 1	1810138520

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO						
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
CONSUMO ACUEDUCTO	1	1.521,09	1.521,09	-1.065		456
1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 5.320
ALCANTARILLADO						
CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.356,38	8.356,38	-5.849		2.507
CONSUMO ALCANTARILLADO	1	1.019,08	1.019,08	-713		306
2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 2.813

CONCEPTO	VALOR
ASEO	
CARGO FIJO ASEO	2.730,00
CARGO VARIABLE POR RESIDUO	7.644,00
3 SUBTOTAL ASEO	$10.374

OTROS COBROS	
CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	3
4 TOTAL OTROS COBROS	$ 3

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,1010	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Milian Neise Pastran Moreno
Gerente EDESA S.A. E.S.P.

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

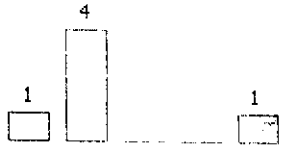
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 1,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
908,00	907,00	1,00

Pague hasta: **26/sept./2025**

Sr. Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo: **$ 0**

TOTAL A PAGAR: $ 18.510

FECHA DE SUSPENSIÓN: 29/sept./2025

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NUIR 1-500011-0

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO: 7876920

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS: 1531584

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078769200015315 84(3900)000000018510(96)20250929

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
26/sept./2025	29/sept./2025	$ 18.510

CUFE:
900a91f3a3bc688bc9320d523f6
fdd921743efbc2eac52e14b204d
f31f0f2bdac0344c62db8747bae
f9124a696960183

BANCO

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO: 7876920

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS: 1531584

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078769200015315 84(3900)000000018510(96)20250929

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
26/sept./2025	29/sept./2025	$ 18.510

3550

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

Fecha:	24	10 es	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Josefina Diaz Fonseca						
Fecha y lugar de nacimiento:	05-julio-1953						
Edad:	72	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	✓	Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 4 # 6-20					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3208391045

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Josefina Diaz Fonseca.

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: Heidy Reducyn

Cargo Aux. Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.205.975**

DIAZ FONSECA

APELLIDOS

JOSEFINA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1953**

LA MACARENA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-MAY-1998 LA MACARENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204100-00203380-F-0040205975-20091215 **0019**071644A 1 6710526904

3552

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350054517500000086

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSEFINA

Apellidos: DIAZ FONSECA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40205975

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/11/2018

Última actualización ciudadano: 28/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

3553

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	35502525
NOMBRES	BLANCA LUZ
APELLIDOS	CRUZ DE RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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	28/09/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 10:08:53	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Electro Caqueta

Información del cliente

Ref. para pagos 20259- 522061108

DIAZ FONSECA JOSEFINA

CR 4 6- 20 ANTONIO NARINO **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. Factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
522061108	261000000047800	La Macarena	061	1 B.Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Consumo Mes	Carga	Vr. Compensación	DUG	DU
MCT11299	20072	1	3500	0	0	0

CU	DUF	CS	CC	DI	CEO
646,55	946,2061				

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
22/AGO/25 a 21/SEP/25	26/09/2025	29/09/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante	Lec. Actual	Prom.	Factor	Consumo
460410/024	RYN	A	6848	6868	19	1	20

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Trm	Pr	Dm	Rm	Cu	Cuf
324,1505	51,661	75,1126	26[illegible]	34,3727	191,50[illegible]	2061

Clase Consumo	Kwh	$/Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
20 *	443,0732	= 8.861			

Interés de mora		Financiación
Residencial	0,50%	1%
No Residencial	1%	1%

Valor Total Energía del Período		$ 18.924
Valor Subsidio Consumo [illegible]	53,17	<$ 10.063>
[illegible]		$ 8.861

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Ataco	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valor factura per[illegible]	$	8.86[illegible]
Ajuste al Peso	$	

VALOR A PAGAR 8.860

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No ACDO 046-2021 FST RENT

Con base Cláusula 25 [illegible] d[illegible] -15 ..... Interes .....

Atención al público: **VALOR A PAGAR** 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRALES A E.S.P.

CPT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolucion	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

puntored
Cra 7 # 4-14 L
PAGADO
VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra p.gina Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Poli¿ tica de Tratamiento d

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

VE-GC-F-31/V3/2024-07-26

DIAZ FONSECA JOSEFINA .....

Fecha Vence: 26/SEP/2025 Fecha Corte: 20/SEP/2025

354

3555

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Gelman Adelis
Fecha y lugar de nacimiento:	28-may-1953 san felipe Guainía
Edad: 74	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**

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

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

Dirección:	Cra 10B # 13-05					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bellavista	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3208716274

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Firma del adulto mayor

Nombre: Gamán Fidelis.

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: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.106.373

APELLIDOS GERMAN

NOMBRES FIDELIS

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1951

SAN FELIPE (GUAINIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-MAY-2008 LA MACARENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-5204100-00301091-M-1121106373-20110616 0026876269A 1 28466203

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3557

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000144 4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GERMAN

Apellidos: FIDELIS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1121106373

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/04/2023

Última actualización ciudadano: 13/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	1121106373
NOMBRES	GERMAN
APELLIDOS	FIDELIS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	09/23/2025 15:38:52	**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".

Inf. para pagos
8-487000338

355

CRA 10B N 13 05 PARRO BELLA — Uso de Servicio: Residencial

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
487000338	061000000000170100	LaMacarena	061	1 B Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
VTC11305	20072	1	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	960,5732					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
~~24/JUL/25 a 26/AGO/25~~	~~02/09/2025~~	~~03/09/2025~~

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110509804	HOL	A	3235	3238	26	1	3

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRm,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
320,4725	56,9345	74,4097	269,7064	51,9172	187,1329	960,5732

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

3	3	3	3	3	4	3 Kwh
~~FEB-25~~	~~MAR-25~~	~~ABR-25~~	~~MAY-25~~	~~JUN-25~~	~~JUL-25~~	~~AGO-25~~

Observación

~~0: Toma exitosa.~~

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
3 * 442,233	=	1.327			

Interés de mora		Financiación
Residencial	0,50%	1%
No Residencial	1%	1%

Valor Total Energía del Período		$	2.882
Valor (Subsidio/Contribución %)	53,96	<$	1.555>
Valor Total Energía Facturado:		$	1.327

Cartera

Capital	Interes Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valorfacturaperiodo	$	1.327
CompesacionAgo20[illegible]	<$	424>
Ajuste al Pes[illegible]	<$	3>

VALOR A PAGAR 900

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa [illegible] según Acuerdo No: ACUO 046-2021 EST RENT

Con base Clausula 25 Parágrafo 3 del CCU: [illegible] 15 ..... Interés: .....

Atención al público: [illegible] VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
...		...		VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el - Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra p.gina Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Poli¿ tica de Tratamiento d

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

3560

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Juan flores
Fecha y lugar de nacimiento:	21-Agos-1959 Vergara Cundinamarca
Edad: 66	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 17.220.341

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B 5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Casa				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bella vista
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3125681986.

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Juan Flores

Firma del adulto mayor

Nombre: Juan flores

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

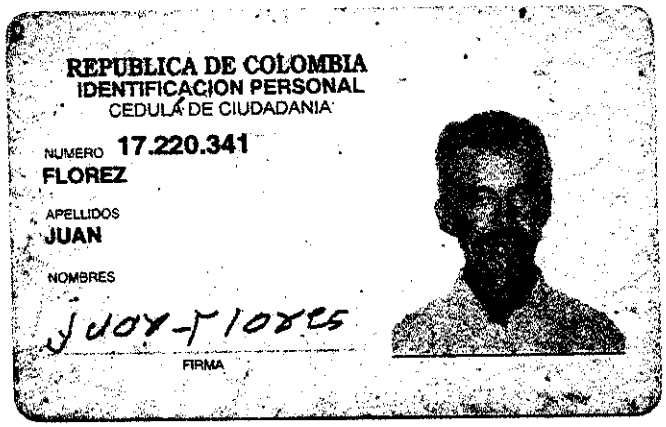


Heidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Heidy Rebuzm

Cargo Aux. Enfermería



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.220.341**

FLOREZ

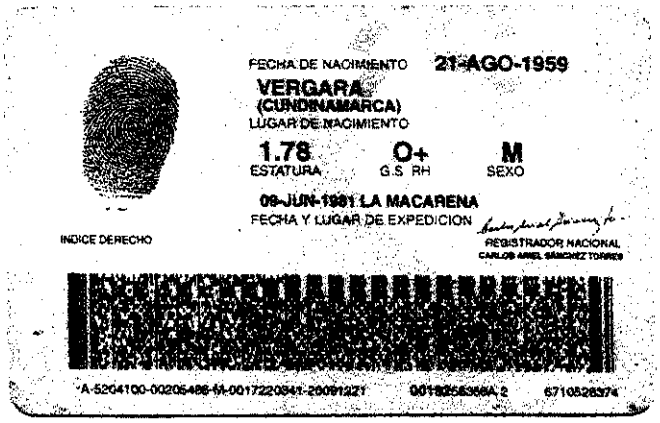
APELLIDOS

JUAN

NOMBRES

JUAN FLOREZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1959**

VERGARA (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUN-1981 LA MACARENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5204100-00205486-M-0017220841-20091221 0018258366A 2 6710528374

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3502

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350071518700000835

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN

Apellidos: FLOREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17220341

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2018

Última actualización ciudadano: 29/11/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

35,63

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	17220341
NOMBRES	JUAN
APELLIDOS	FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:24:54	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.

EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

0000000000000000 CEDULA CATASTRAL	0 FACTURAS VENCIDAS	06-ago.-25 FECHA DE IMPRESIÓN

CÓDIGO USUARIO 529707

FACTURA No. 1529863

PERIODO FACTURADO: 01-jul.-2025 31-jul.-2025

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

FLOREZJUAN
LA MACARENA
BELLAVISTA BELLAVISTA

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	402650000	RESIDENCIA 1	1810138549

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	CONSUMO	COSTO MES	OTROS	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11350		4.864
CONSUMO ACUEDUCTO	4	1.521,09	6.084,35	-4.259		1.825
SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 6.689
SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 0

CONCEPTO	VALOR

3 SUBTOTAL ASEO $ 0

OTROS COBROS	
CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	1

4 TOTAL OTROS COBROS $ 1

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Conenb. ó Subs	AC	AC
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de reparto	Frecuencia de reconexión
	1	

Mirian Neise [illegible]
Gerente [illegible]

La presente factura [illegible] conformidad [illegible]

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

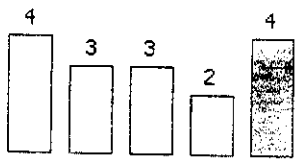
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 3,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
117,00	113,00	4,00

Pague hasta **27/ago./2025**

Sr Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactiva **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 6.690**

FECHA DE SUSPENSIÓN
29/ago./2025

edesa S.A. E.S.P.

529707

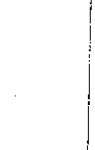
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

1529863

LA MACARENA



PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/ago./2025	29/ago./2025	$ 6.690



CUFE:
237b7482944140aadbe9f4105e77f0d5c563c34cfc46622f6fbc8af921e9230d906201fcaef4a3080dcf7c69fc470421

edesa S.A. E.S.P.

529707

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

1529863

LA MACARENA



PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/ago./2025	29/ago./2025	$ 6.690

3505

	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:	Maraxena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Paulina García						
Fecha y lugar de nacimiento:	28-Dic-1950 San Jose de Guaviare.						
Edad:	74	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	21.180.752				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	✓	Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capacopi
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Mza 3 Casa 9						
Municipio:	La Macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3145659072	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Paulina García

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

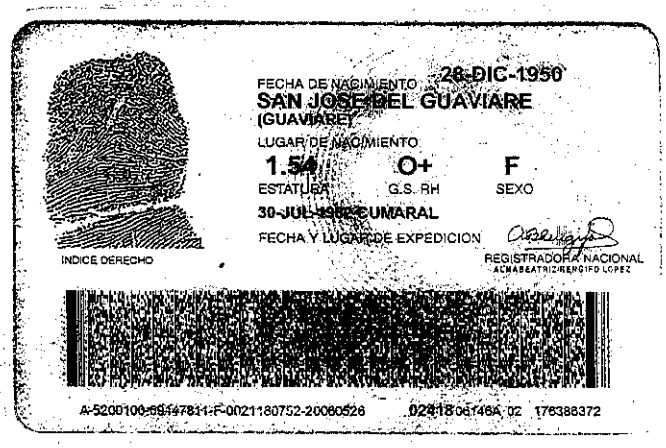
Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
APELLIDOS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1950
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
30-JUL-1968 UMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5200100-99147811-F-0021180752-20080526 0218 06146A 02 176388372

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3567

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350006516500000054

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULINA

Apellidos: GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21180752

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/03/2020

Última actualización ciudadano: 12/03/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MUR(

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Crista

Teléfono: 5603209 - 32320935

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-meta.gov

3568

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	21180752
NOMBRES	PAULINA
APELLIDOS	GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	09/08/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:38:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.

EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

0000000000000000	0	09-nov.-24
CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDA	FECHA DE IMPRESIÓN

CÓDIGO USUARIO 530786

FACTURA No. 1509619

PERIODO FACTURADO: 01-oct.-2024 31-oct.-2024

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

TRIVINOCUSTODIA
LA MACARENA
K3C9 ANTONIO NARIÑO

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	128800000	RESIDENCIA 1	1910040448

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	15.718,79	15.718,79	-11.003		4.716
	CONSUMO ACUEDUCTO	12	1.475,89	17.710,66	-12.398		5.313
1	SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 10.029
ALCANTARILLADO	CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.101,19	8.101,19	-5.671		2.430
	CONSUMO ALCANTARILLADO	12	1.004,96	12.059,56	-8.442		3.618
2	SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 6.048

ASEO	CONCEPTO	VALOR
	CARGO FIJO ASEO	2.613,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	5.967,00
3	SUBTOTAL ASEO	$ 8.580

OTROS COBROS	CONCEPTO	VALOR
	AJUSTE	3
4	TOTAL OTROS COBROS	$ 3

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,1025	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M²	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Walter Hurtado Gonzalez
Gerente EDESA S.A.E.S.P

La presente factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

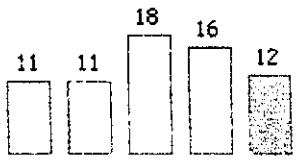
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 13,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
732,00	720,00	12,00

Pague hasta **22/nov./2024**

Sr. Usuario; Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 24.660**

FECHA DE SUSPENSIÓN

25/nov./2024

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NUI 61000-1

EMPRESA

edesa S.A. E.S.P

CÓDIGO USUARIO
530786
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS
1509619
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005307860015096l9(3900)000000024660(96)20241125

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
22/nov./2024	25/nov./2024	$ 24.660

CUFE:
8c28e7d0371d24f9ded452831d
1cdd2d43629fdd06893e906178
4dbb873b718befae6a358387c9f
3199b8cf7896650db

BANCO

edesa S.A. E.S.P

CÓDIGO USUARIO
530786
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS
1509619
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005307860015096l9(3900)000000024660(96)20241125

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
22/nov./2024	25/nov./2024	$ 24.660

3570

	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:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jorge eliecer Gonzalez rancancio						
Fecha y lugar de nacimiento:	23-sep-1946 san jose de pare boyaca						
Edad:	79	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	5787696				

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

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

Dirección:	Cll 3 # 3-01					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3208998104

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Jorge eliecer Gonzalez Roncancio

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. enfermeña

3591

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.787.696**

GONZALEZ RONCANCIO

APELLIDOS

JORGE ELIECER

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1946**

SAN JOSE DE PARE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-NOV-1968 VELEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5204100-00695053-M-0005787696-20150425 **0044**001090A 2 42328553

3592

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350064519200000095

B1

GRUPO SISBEN

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE ELIECER

Apellidos: GONZALEZ RONCANCIO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5787696

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/02/2019

Última actualización ciudadano: 19/02/2019

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

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

3513

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	5787696
NOMBRES	JORGE ELIECER
APELLIDOS	GONZALEZ RONCANCIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:13:46	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación**

3524

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 8911901277-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 202510- 487591058

Información del cliente

JORGE E GONZALES

CR 3A 2 01 BRR ANTONIO NARIÑO Tel.:

Clase de servicio: Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
487591058	0610000000056900	LaMacarena	061	2 Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT11294	20072	1	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
20/ SEP/25 a 21/OCT/25	28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom.	Factor	Consumo
110508216	HOL *	A	2257	2270	12	1	13

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

13	14	17	17	15	13	13 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
13 *	555,614 =	7.223			

Interés de mora		Financiación			
Residencial	0,50%	1%	Valor Total Energía del Periodo		$ 12.106
No Residencial	1%	1%	Valor (Subsidio/Contribución 3)	40,34	<$ 4.883>
			Valor Total Energía Facturado		$ 7.223

Cartera

Capital	Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valor factura periodo	7.223
Compensacion Oct 2020	552>
Ajuste al Peso	1>

VALOR A PAGAR 6.670

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACDO 046-2021 EST RENT

Con base Clausula 25 Parágrafo 4 del CCU: 9-15 ..... Interés: .....

Atención al público: **VALOR A PAGAR** 8.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P

CFT	0	TRLB	0	TAFNA	
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	
...	...	...		VALOR A PAGAR	

Liquidación factura Aguas de Florencia

Puntos Cra 7 # 4-14 La Macarena

27 OCT 2025

PAGADO

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra página web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política

3575

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

Fecha: 20 Día | 10 Mes | 20 Año **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Ines Castaño de Sanchez
Fecha y lugar de nacimiento:	06-05-1939
Edad: 86 años	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21.213.336

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

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

Dirección:	Cra 11 - 1 - 49						
Municipio:			**Estrato:**	1	**Barrio:**	Fundadores	
Zona:	**Rural**	X	**Urbano**		**Telefono:**	312 445 0762	

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Ninguna.
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	Y	
Copia de la consulta de SISBEN	Y	
Copia de consulta en ADRES	Y	
Copia de recibo público	Y	
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

Ines Castaño.

Firma del adulto mayor

Nombre: Ines Castaño.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Haidy Rodriguez

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: haidy Cristna Rodriguez Castro

Cargo Auxiliar de enfermeria.

35576

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.213.336

CASTAÑO DE SANCHEZ
APELLIDOS

INES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1939

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

AB+
G.S. RH

F
SEXO

22-AGO-1961 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5204100-69146371-F-0021213336-20060523 0621506142O 02 185791443

3577

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 23/10/2025

Ficha: 50350073518800000515

B1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: INES

Apellidos: CASTAÑO DE SANCHEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21213336

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/05/2023

Última actualización ciudadano: 27/05/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURC

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Crista

Teléfono: 5603209 - 32320935

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-meta.gov

3578

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	21213336
NOMBRES	INES
APELLIDOS	CASTAÑO DE SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	23/10/2025 10:46:17	Estación de origen:	192.168.70.220

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

3579

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para Pago # 202510-486317185

Información del cliente

Cra 11 3 49 BRR VILLA OVIEDO — Clase de servicio: Residencial

Información técnica

No. Factura	Ruta	Nombre	Concentración	Estrato
486317185	061[illegible]280650	[illegible]oreno	061	1 B.Bajo

Dpto	Localidad	Grupo Calidad	Zona	Vr. Compensación	DES	DEU
18	20871	3	1SUM	0	0	0

FRIU	FEU	HC	VC	DI	S	CEC
640.55	931.1927					

Periodo Facturado	Vencimiento	Suspensión
23/SEP/25 a 23/OCT/25	30/10/2025	31/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.C	Lec. Ante	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
1105498837	HDL	A	10779	10905	37	1	126

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	Prom	Dm	Rm	Cvm	Col$/kwh
14,682	52,9862	73,4321	111,1911	11,5589	183,3056	931,1927

FCS	Consumo Kwh	$/Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

												Observación
AGO-25	SEP-25	OCT-25										E: Toma estimada.

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor $	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor $
126 *	444,491	=	56.006		

Interés de mora	Financiación				
Corriente	0,50%	1%	Valor Total Energía del Periodo		$ 117.138
No Corriente	1%	1%	Valor Subsidio Consumidores (-)	57,27	-$ 61.324
			Valor Total Energía Facturada		$ 56.006

Cartera

Causa	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuento

Concepto	Valor Mes
Valor Factura Energía Todo	$ 56.006
Compensación Oct 2025	$ -2.676
Ajuste al Peso	$

VALOR A PAGAR 53.340

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACUO 016-2021 EST RENT

Con base Cláusula 25 Parágrafo 2 CCO: 35 — Intereses:

Atención al público: VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

ESPUNTE GENERAL S.A E.S.P

CET		TRLU	0	TAFNA	0
CVNA		TRRA	0	FCS	0
VBA		TRA	0	CVA	0
TRBL		TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestro portal web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento [illegible]

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS DE ARTICULO [illegible]

VE-GC-F-31/V3/2024-07-28

Vicente Sánchez

Fecha Vence: 30/OCT/2025 — Fecha Corte: 31/OCT/2025

Electro Caquetá

(415)7709998500888(8020)0486317185(3900)[illegible]

Mes:	OCTUBRE / 2025	Energía:	$
Factura No:	202510-486317185	Aseo:	
Matrícula:	486317185	Alumbrado Público:	$
Medidor:		Aguas de Florencia:	

VALOR TOTAL A PAGAR $ 59.54[illegible]

35.80

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Heliodoro Hernandez						
Fecha y lugar de nacimiento:	26-May-1943 Pasca Cundinamarca						
Edad:	82	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 3.270.371					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A 3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cll 7 # 7-59						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3107506044	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

No Firma

Firma del adulto mayor

Nombre: Heliodoro Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

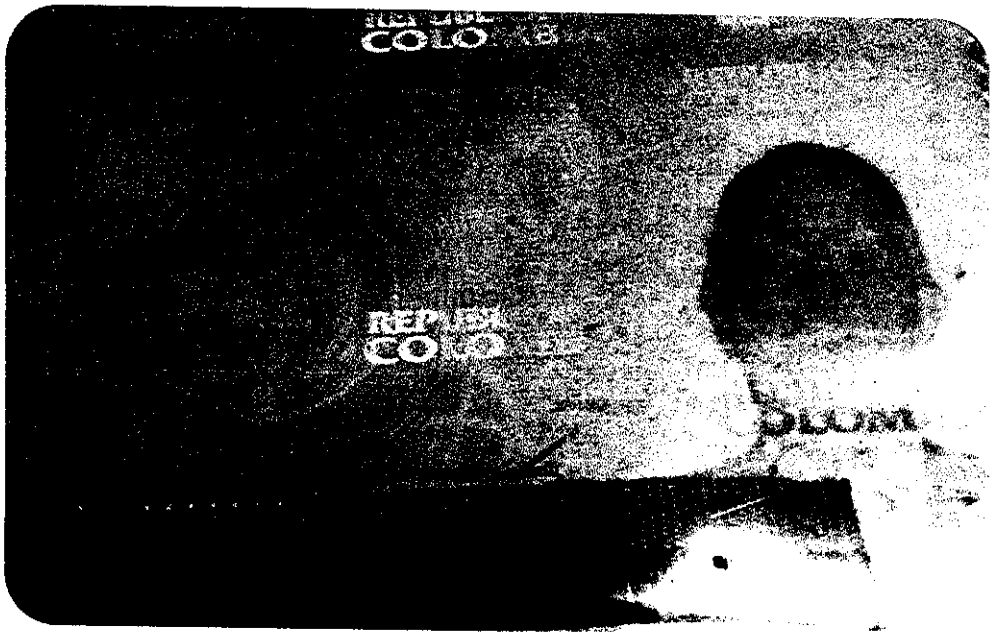
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

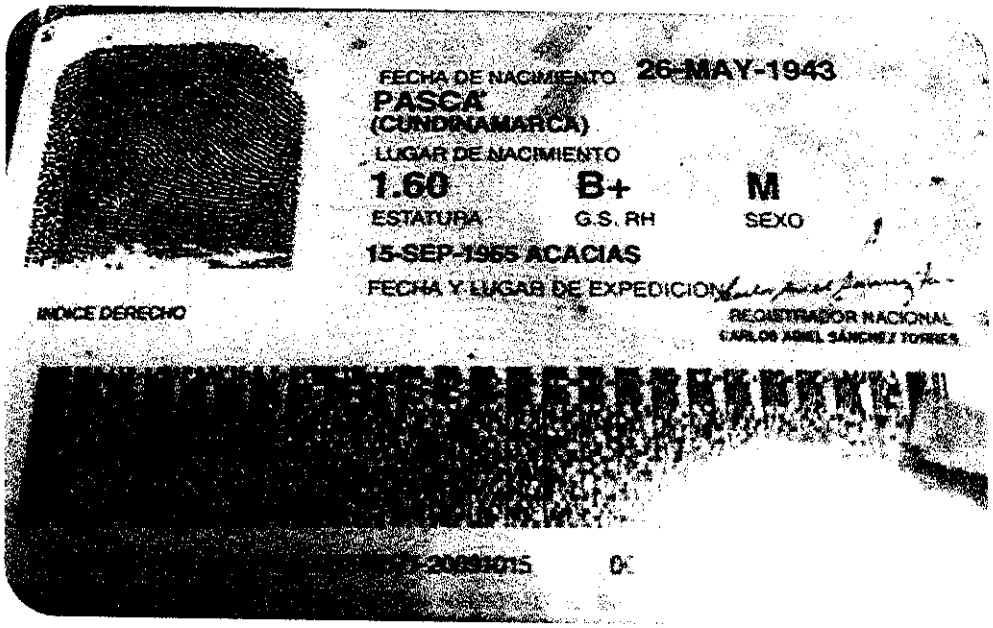
Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodugo

Cargo Aux. Enfermería




FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1943
PASCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
15-SEP-1965 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

35-87

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500001285

A3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HELIODORO

Apellidos: HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3270371

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/10/2021

Última actualización ciudadano: 27/10/2021

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Telefono: 5603209 - 3232093529

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

ADRES

3533

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	3270371
NOMBRES	HELIODORO
APELLIDOS	HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:06:01	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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



CLASE DE USO Y
RESIDENCIA
0039828
INFOR
0,00
00
LECTURA ACTUAL
68,00
68,00
0,00
OTROS COBROS
CONCEPTO
VALOR
AJUSTE
-5
Pague hasta
27/ago./2025
Si Usuario: Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ el SERVICIO y generará cobro de reinstalación
Cartera Coactivo
$ 0
TOTAL A PAGAR
$ 17.980
FECHA DE SUSPENSIÓN
29/ago./2025
NO AFORADOS
Ton RS No Aprov
0,1010
Ton RS Aprov
0,0000
AFORADOS
Ton RS No Aprov
0,0000
FACTOR
Contrib. ó Subs
-70 %
CMT AC
41,00
CMT AL
556,69
M3
Frecuencia de barrido
1
Frecuencia de recolección
2
Pague a tiempo, evite suspensión del servicio
edesa
CÓDIGO USUARIO
527816
FACTURA DE SERVICIOS
1529474
LA MACARENA
(415)7709994474055(8020)620005278160015294740(3900)000000017980(96)20250829
PAGUE HASTA
27/ago./2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
29/ago./2025
TOTAL A PAGAR
$ 17.980
edesa
CÓDIGO USUARIO
527816
(415)7709994474055(8020)620005278160015294740(3900)000000017980(96)20250829
PAGUE HASTA
27/ago./2025
FECHA DE SUSPENSIÓN
29/ago./2025
TOTAL A PAGAR
$ 17.980

3525

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

Fecha: 24 | Mes | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Teresa Hernandez
Fecha y lugar de nacimiento:	22-Abril-1942 Vergara cundinamarca
Edad:	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21.174.156

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

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

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

Dirección:	Cra 10 #15-28					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bellavista	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3203790136

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: María Teresa Hernandez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



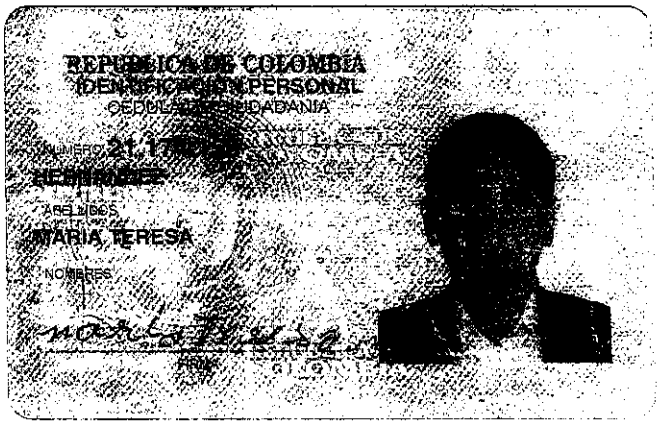
Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux Enfermería

3536


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 21.1
APELLIDOS
MARIA TERESA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1946
VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
04-OCT-1977 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5204100-00203380-F-0021174156-20091215 0019070526A 1 28465542

Sisbén

3527

Fecha de consulta: 27/10/2025

Ficha: 50350073518800000146

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA TERESA

Apellidos: HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21174156

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2018

Última actualización ciudadano: 29/11/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MUR(

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Crista

Teléfono: 5603209 - 32320935

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-meta.gov

3550

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	21174156
NOMBRES	MARIA TERESA
APELLIDOS	HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 14:10:12	**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".

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 202510 486985506

Información del cliente

MARIA TERESA HERNANDEZ Tel.:

TR 10 15 78 BRR BELLAVISTA **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
486985506	0610000000167000	LaMacarena	061	2 Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MTC11305	20072	1	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	931,1927					

Período facturado	Vencimiento	Suspensión
23/SEP/25 a 23/OCT/25	30/10/2025	31/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110509961	HOL	A	1085	1085	0	1	0

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No. Factura

Últimos consumos

ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25
0	0	0	0	0	0	0 Kwh

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

Consumo (Kwh)	Tarifa $ Kwh		Valor total ($)
0 * 555,614	=	0	

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período	$	0
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución	$	0
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturada	$	0

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valorfacturaperiodo	0
Acreditadoporremanenterec	0>
Ajuste al Peso	0>

VALOR A PAGAR 0

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprob. [illegible] ACDO 046-2021 EST RENT

Con base en [illegible] 1-15 Interés: [illegible]

Atención al público: VALOR A PAGAR 8.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	[illegible]	0	TARIFA	0
CVNA	0	[illegible]	0	ECS	0
VBA	0	[illegible]	0	[illegible]	0
TRE	0	[illegible]	0	[illegible]	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

puntored
Cra 7 # 4-14 La Macarena - Meta
24 OCT 2025
PAGADO

[illegible] A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra página Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento d

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

Fecha:	20	Mes	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Guillermo Hurtado Giraldo.						
Fecha y lugar de nacimiento:	09-junio-1945 Pereira Risaralda						
Edad:	80	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	7.501.984				

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

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

Dirección:	Cll 33					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Porvenir	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	320 8289755.

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Guillermo Hurtado giraldo

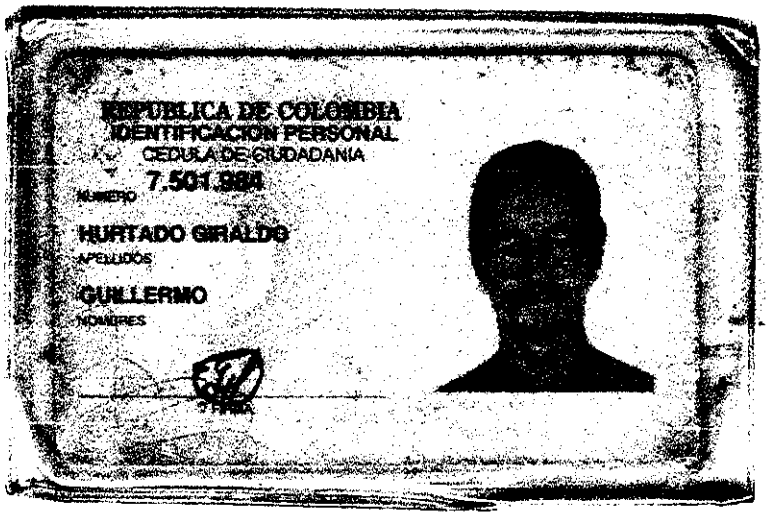
Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

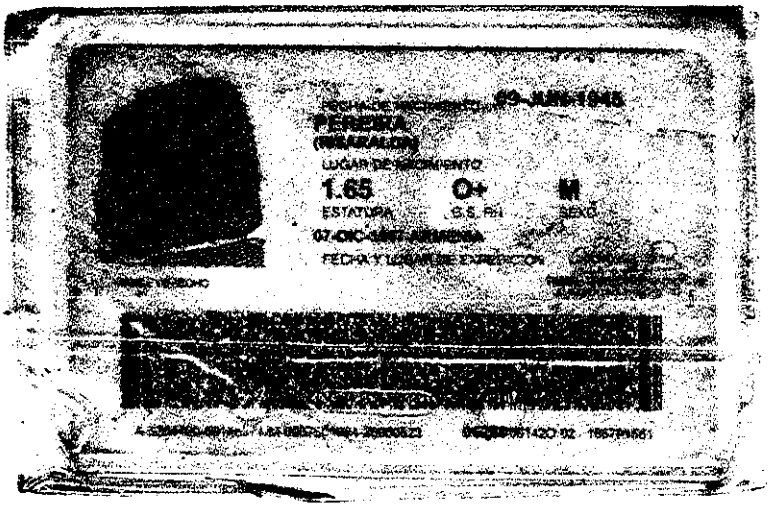
Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hendy Rodugos

Cargo Aux. Enfermería



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.501.984
HURTADO GIRALDO
APELLIDOS
GUILLERMO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1945
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-DIC-1967 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035007351980000073

B7

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GUILLERMO

Apellidos: HURTADO GIRALDO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7501984

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

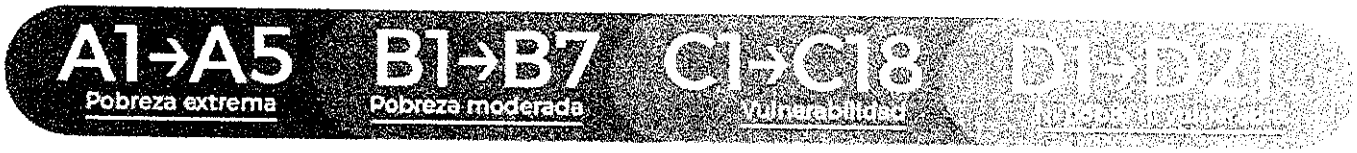
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2018

Última actualización ciudadano: 29/11/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7501984
NOMBRES	GUILLERMO
APELLIDOS	HURTADO GIRALDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

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: 10/24/2025 08:57:23 | **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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.

EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE EXPEDICIÓN
00000000000000000	0	06-mar.-25

CÓDIGO USUARIO 757931

FACTURA No. 1519609

PERIODO FACTURADO: 01-feb.-2025 28-feb.-2025

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

GUILLERMOHURTADOGIRALDO
LA MACARENA
CL33 PORVENIR

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO		No. MEDIDOR
CICLO 01	201200000	RESIDENCIA	1	1910040401

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	(SENOS SUBSIDIO	PAG. APORTES	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	15.718,79	15.718,79	-11.		4.716
	CONSUMO ACUEDUCTO	4	1.475,89	5.903,55	-4.133		1.771
1	SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 6.487
ALCANTARILLADO	CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.101,19	8.101,19	-5.671		2.430
	CONSUMO ALCANTARILLADO	4	1.004,96	4.019,85	-2.814		1.206
2	SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 3.636

ASEO	CONCEPTO	VALOR
	CARGO FIJO ASEO	2.627,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.415,00
3	SUBTOTAL ASEO	$ 10.042

OTROS COBROS	CONCEPTO	VALOR
	AJUSTE	-5
4	TOTAL OTROS COBROS	$ -5

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,1025	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

MP	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Walter Hurtado Gonzalez
Gerente EDESA S.A.E.S.P

La presente factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 5,00

VALOR ÚLTIMA LECTURA: 00

	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.
	4	3	4	4	4

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
620,00	616,00	4,00

Pague hasta **26/mar./2025**

Sr. Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 20.160**

FECHA DE SUSPENSIÓN **28/mar./2025**

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS 500010000-1

EMPRESA

CÓDIGO USUARIO **757931**
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1519609**
LA MACARENA

(415)770999847405(8020)620007579310151960(3900)000000020160(96)20250328

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSION	TOTAL A PAGAR
26/mar./2025	28/mar./2025	$ 20.160

CUFE:
dbb79250e694b0fcf5771cf4000
76cba7d430f062a8f96791931a0
dd1ddfe8639a611c37f4992fd76
6b03c1afbb63b3d...

BANCO

CÓDIGO USUARIO **757931**
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1519609**
LA MACARENA

(415)770999847405(8020)620007579310151960(3900)000000020160(96)20250328

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
26/mar./2025	28/mar./2025	$ 20.160

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

Fecha:	24	10es	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alcira Lara Paipa
Fecha y lugar de nacimiento:	18-sep-1957 Paime cundinamarca

Edad:	68	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	20620815

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

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

Dirección:	Cll 9 # 11-05				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	colinas
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3204865905

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Alura lara paipa

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

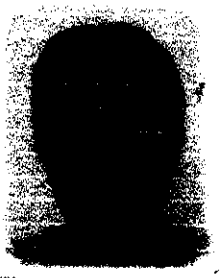
Nombre: Yandy Rodriguez

Cargo Aux enfermería

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 20.620.815



LARA PAIPA

ALCIRA

COL 1.58 F

16 SEPT 1957 A-

PAIME (CUNDINAMARCA)

14 MAR 1977, GIRARDOT

08 ABR 2035

078938119

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL078938119815109<<<<<<<<<<
5709168F3504082COL20620815<<<6
LARA<PAIPA<<ALCIRA<<<<<<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500002194

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALCIRA

Apellidos: LARA PAIPA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 20620815

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2023

Última actualización ciudadano: 07/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	20620815
NOMBRES	ALCIRA
APELLIDOS	LARA PAIPA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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	01/09/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 *10:05:36*	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.005.057-9

3599

CÓDIGO USUARIO 528995

PERIODO FACTURADO 1534204

[illegible]	0	07-oct.-25

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

LUISFELIPETIQUETIQUE
LA MACARENA
CALLE9N°11-05

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No MEDIDOR
CICLO 01	301600000	RESIDENCIA 1	1910077348

LIQUIDACION DE LA CUENTA

DESCRIPCION	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO	CONSUMO ACTUAL	VARIACION CONSUMO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO						
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
CONSUMO ACUEDUCTO	10	1.521,09	15.210,87	-10.648		4.563

1 SUBTOTAL ACUEDUCTO $ 9.427

ALCANTARILLADO

2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO $ 0

ASEO

CONCEPTO	VALOR

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	3

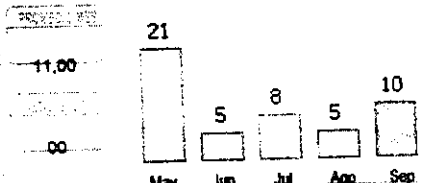
3 SUBTOTAL ASEO $ 0

4 TOTAL OTROS COBROS $ 3

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.PS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACION

INFORMACION DE CONSUMO



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO
1.055,00	1.045,00	10,00

Pague hasta **27/oct./2025**

Cartera Coactiva **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 9.430**

FECHA DE SUSPENSIÓN **29/oct./2025**

Mes | Frecuencia de lectura | Frecuencia de facturación
1

Yeimi Tatiana Pastran Moreno
Gerente EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

EMPRESA

edeesa S.A. E.S.P

CODIGO USUARIO **528995**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1534204**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005289950015342O4(3900)000000009430(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 9.430

CUFE:
f7ef2898d48ce8e954dd281963d
6b168267b10f433dc6e5efd3b6
b909c8a2a175d4aedf7c25d5b3
1a202c432e9b7813f

BANCO

edeesa S.A. E.S.P

CODIGO USUARIO **528995**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1534204**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005289950015342O4(3900)000000009430(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 9.430

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Susana martinez Parado
Fecha y lugar de nacimiento:	19-Abril-1952 el calvario meta.
Edad: 73	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 30.961.154

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

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

Dirección:	Cll 5 # 11-03				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	fundadores
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3213303367

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Susana

Firma del adulto mayor

Nombre: Susana Martinez Parrado

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

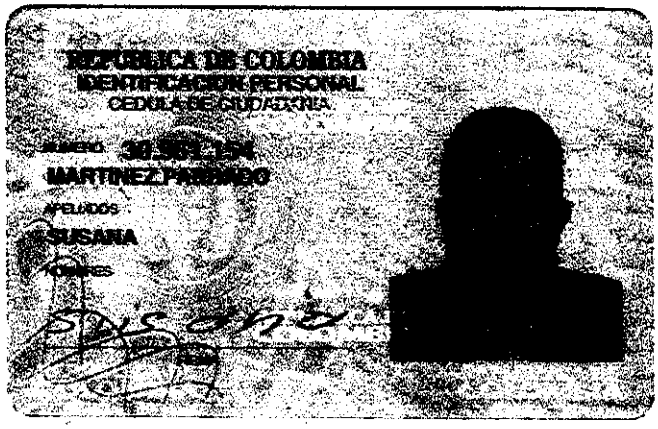


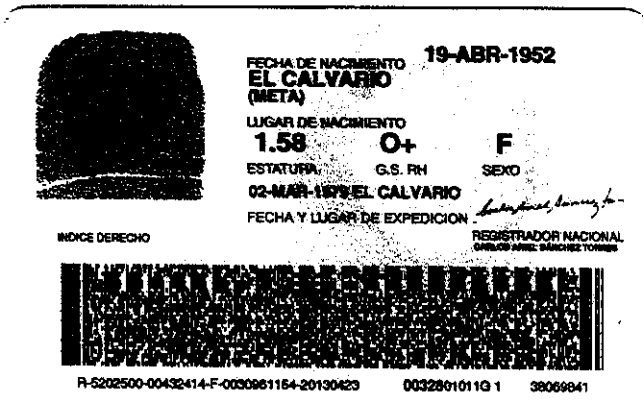
Hardy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hardy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
APELLIDOS
MARTINEZ PARRAGO
NOMBRES
SUSANA


FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1952
EL CALVARIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-MAR-1979 EL CALVARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
R-5202500-00432414-F-0030961154-20130423 0032801011G 1 38069841

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000001873

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SUSANA

Apellidos: MARTINEZ PARRADO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30961154

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

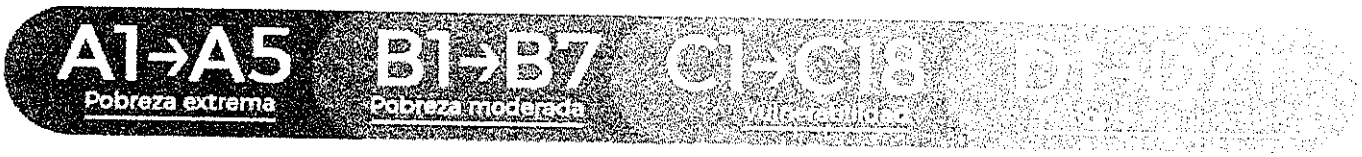
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/03/2022

Última actualización ciudadano: 15/03/2022

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teletono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	30961154
NOMBRES	SUSANA
APELLIDOS	MARTINEZ PARRADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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	04/04/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 17:50:30	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190012-8

Información del cliente

CLL 5 [illegible]

Clase de servicio: [illegible]

Información técnica

Cuenta	Ruta	Medidor	Localización	Estrato
5405611408	[illegible]	[illegible]	061	1 E.Bajo

Cód. Transformador	Cod. Ruta	Grupo	Tipo	% Compensación	DUG	DIU
11120	20071	[illegible]	[illegible]	0		1

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	944,0319					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
24/JUN/25 a 24/JUL/25	31/07/2025	01/08/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	TE	Lec. Ante.	Lec. Actual	Front.	Factor	Consumo
1169983	MET	A	6964	7091	117	1	127

Costo unitario de prestación del servicio

Cpt	Xm	PRm	Qm	Rm	Cu	Cu(S/Kwh)
318,2138	53,8357	73,3429	265,8287	55,0103	177,8805	944,0319

FOES Consumo Kwh	SKwh	Valor $	AD Factura

Ultimos consumos

135	157	144	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ENE-25	FEB-25	MAR-25	[illegible]	[illegible]	JUN-25	[illegible]

Observación

[illegible] Tuvo Aforo.

Liquidación consumo período

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
127 * 441,6422	=	56.012			

Interés de mora	Financiación			
Residencial 0,50%	1%	Valor Total Energía del Periodo		$ 119.892
No Residencial 1%	1%	Valor Subsidio/Contribución $	53,28	$ 63.880
		Valor Total Energía Facturada		$ 56.012

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Arreglo	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valor Factura Periodo	$ 56.012
Compensacion Jul/2020	$ 467.-
Ajuste al Peso	5

VALOR A PAGAR 55.550

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según Acuerdo [illegible]

Cambio [illegible] Factura [illegible]

Atención al público: [illegible] Intereses: [illegible]

VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVITOLIMA E.S.P. E.S.P.

CPT	0	TRLU	0	TARNA	
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
					0

VALOR A PAGAR $ 0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra Página Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento de Datos.

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO

3 de 4

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

Fecha:	24 (Día)	10 (Mes)	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Melida Mayorga de Saenz
Fecha y lugar de nacimiento:	01-10-1951 - Guacamayo santander.

Edad:	74	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	28477591

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)	✓	Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física	✓	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	Si		

Dirección:	Cra 10 # 14-110				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Belbusta
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3142092292

2. ACUDIENTE

Nombres y apellidos completos:	Irene Saenz Mayorga
Relacion con el adulto mayor:	Hija

Identificación: CC TI RC TE CE PP **Número:**	63.252103		
Telefono:	3142092792	**Correo:**	

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Melida Mayorga de Saenz.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

3606

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.477.591
MAYORGA De SAEZ

APELLIDOS
MELIDA

NOMBRE

Melida Mayorga

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1951
EL GUACAMAYO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-ENE-1975 VELEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3607

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000692

B5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MELIDA

Apellidos: MAYORGA DE SAEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28477591

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

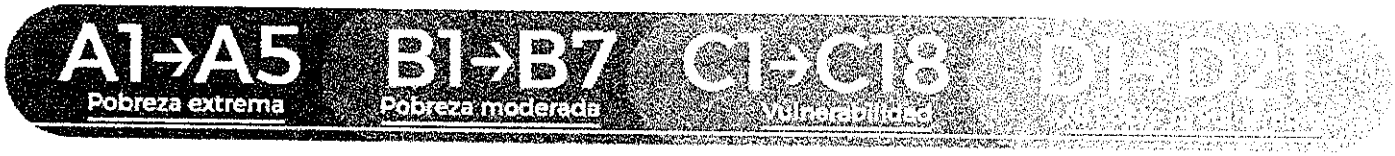
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/12/2018

Última actualización ciudadano: 01/12/2018

Última actualización via registros administrativos: 30/08/2025

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

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

3608

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	28477591
NOMBRES	MELIDA
APELLIDOS	MAYORGA DE SAEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:45:19	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 20256- 486981488

Información del cliente

MAYORCA DI [illegible]

CRA 30 14-130 BELLAVISTA **Clase de servicio:** Residencial

Información técnica

No. Factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
486981488	061[illegible]01167400	[illegible]	061	1 B.Bajo

Cód. Medidor	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIOS	DIO
MIC11609	[illegible]	1	[illegible]	0	0	0

FRUC	FIU	HC	VC	DI	%	CEC
546,55	936,9577					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
23/MAY/25 a 22/JUN/25	01/07/2025	02/07/2025

Información de consumo

No. Medidor	Marca	FS	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom.	Factor	Consumo
63589096	ISK	P	[illegible]77	[illegible]	77	1	77
63589096	ISK	R	7915	7952	77	1	1

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	PRm	Dm	Rm	Cvm	CuSS
224,0296	54,4881	[illegible]56	255,5855	48,3398	179,6895	936,9577

DCFS Consumo kwh	SKwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

[illegible]	7	5	4	[illegible]		

Observación

Liquidación consumo período

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)	Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)
77 * 440,5576	=	33.761			

Interés de mora		Financiación	Valor total Energía del Período		$	[illegible]238
Residencial	0,50%	1%	Valor Subsidio/Contribución ($)	169	$	35.241-
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturada		$	32.957

Cartera

Cuotas	Cuotas Cancelad	Interes de Mora	Interes de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	Cuotas	Valor Cuota	Cuotas Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
EnergíaReactiva	256
Valorfacturaperiodo	31.720
Compensacion Junio/25	1.345-
Ajuste al Peso	

VALOR A PAGAR 30.630

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACUE[illegible]2021 EST RINI

Con base Clausula 25 Parágrafo 4 del CCU: [illegible]25 Interes: [illegible]

Atención al público: **VALOR A PAGAR** 6.200

Liquidación factura de aseo

ASEINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0

VALOR A PAGAR $ 0

Liquidación factura Aguas de Florencia

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Abel Ordoz Pinto
Fecha y lugar de nacimiento:	06-Nov-1960 Onzaga Santander
Edad: 65	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 5697.147

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

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

Dirección:	Cll 2 # 3A - 18				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3124031946

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Abe Arduz

Firma del adulto mayor

Nombre: Abel Arduz Pinto

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.697.147
ORDUZ PINTO

APELLIDOS
ABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1960
ONZAGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-1981 ONZAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5203500-00150267-M-0005697147-20090211 0008956918A 1 4990017780

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350070517100000071

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ABEL

Apellidos: ORDUZ PINTO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5697147

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/06/2025

Última actualización ciudadano: 06/06/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DE
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADR

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	5697147
NOMBRES	ABEL
APELLIDOS	ORDUZ PINTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:51:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETA S.A E.S.P

NIT. 891190127-3

Ref. para pagos 20257-518280380

Electro Caquetá

Información del cliente

ORDUZ PINTO ABEL Tel.:

CLL 2 N3A 18 B ANTONIO NARIÑO **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentracion	Estrato
518280380	0610000000056000	florencia	061	1 B.Bajo

CSM	Transformador	CSE	Circuito	Grupo	Calidad	Carga	Vr. Compensacion	DIUG	DIU
MCT11294		20072	1		3500	0	0	0	

FIUG	FIU	HC	VC	DL	%	CEC
646,55	441,0319					

Periodo facturado		Vencimiento	Suspension
21/JUN/25	5	29/07/2025	30/07/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante	Lec. Actual	Promedio	Factor	Consumo
1178667		A	432	460	8	1	28

Costo unitario de prestación del servicio

CMI	TRM	PRUU	Otros	Rmi	Cvm	Cu($/Kwh)
318,2138	53,8357	73,3429	265,8287	55,0103	177,8005	944,0319

FCES	Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
28 *	441,0422	=	12.349		

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Periodo		$	26.433
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución %)	53,28	<$	14.084>
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturado		$	12.349

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interes de Mora	Interes de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
ValorFacturaPeriodo	$	12.349
CompensacionJul2020	$	43>
Ajuste al Peso	$	4

VALOR A PAGAR 12.310

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No:

Convenio Clausula 25 Parágrafo 4 del CCU: Interes:

Atención al publico: **VALOR A PAGAR** 0.00

Liquidación factura de aseo

SERVIENTEGRAL S.A. E.S.P

CEF	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0

VALOR A PAGAR $ 0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado nuestra página web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento de

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO 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:	26	Mes	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Pedro Patiño						
Fecha y lugar de nacimiento:	11-sep-1950 Hobo Huila						
Edad:	75	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	17.301.744				
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	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 3 #04-04					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3203780533

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Pedro patiño

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

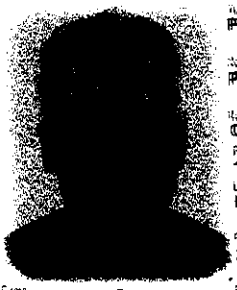
Nombre: Hardy Rodríguez

Cargo Aux. enfermería

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 17.301.744



Apellidos
PATIÑO

Nombres
PEDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 SEPT 1950

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
HOBO (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
28 SEPT 1971, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de vencimiento
23 ABR 2035

.CO

059563547

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059563547452001<<<<<<<<<<
5[illegible]
PRATTLINOO<<PEDIRROO<<<<<<<<<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000105 5

B5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: PEDRO

Apellidos: PATIÑO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17301744

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/07/2023

Última actualización ciudadano: 14/07/2023

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	17301744
NOMBRES	PEDRO
APELLIDOS	PATIÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	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:	10/24/2025 08:35:46	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 8911901277-8

Ref para pagos 202510- 487523309

Electro Caquetá

Información del cliente

FIDEL ANTONIO QUIROGA Tel.:

CL 3 4 24 BRR ANTONIO NARIÑO . **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

487523309	0610000000054300	LaMacarena		061	2	Bajo

MCT11294	20072	1	3500	0	0	0

FAC	FIJ	HC	VC	DI	A	CEC
646,55	931,1927					

Periodo facturado		Vencimiento	Suspensión desde
20/SEP/25 a 21/OCT/25		28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

Serie Contador	Marca	Fase	Anterior	Lect Actual	Días	Factor	Consumo
110508229	HOL	A	6273	6278	4	1	5

Costo unitario de prestación del servicio

314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

Días Consumo Año	Kwh	Valor	Variación	

Últimos consumos

4	5	5	5	3	5 Kwh	
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

01: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

5 * 555,614	=	2.778				

Estrato de usuario	Financiación				
Residencial 0,00%	7%	Valor Total a Financiar Diferido		$	4.656
No Residencial 7%	7%	Valor Subsidio Diferido Estrato 1,2,3	40,33	<$	1.878>
		Valor Total Financiado Diferido		$	2.778

Cuotas

$ 9150	$ 0	$ 0	$ 1	$ 9150	

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuento

Concepto	Valor Mes
Valorfacturaperiodo	2.778
CompensacionOct2020	1.246>
InteresMoraActiva	4
Deuda	9.150
Ajuste al Peso	4

VALOR A PAGAR 10.690

Liquidación factura de alumbrado público

Certificado de Disponibilidad Presupuestal No	ACDO 046-2021 EST RENT		
Pague Oportunamente 25 Pagare Antes del OCT	-15	Interes	.....
Atención al público:		VALOR A PAGAR	8.200

Liquidación factura de aseo

CF	0	TRLC	0	Subsidio	0
CNA	0	TRNA	0	FCS	0
SIS	0	TPA	0	CVA	0
ACT	0	TRNA	0	Devolucion	0
...		...		VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

SU CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA, CANCELE INMEDIATAMENTE ESTA FACTURA Y EVITE LA SUSPENSION DEL SERVICIO.

3620

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Maria Elina Pardo de Cruz
Fecha y lugar de nacimiento:	26-Abril-1940 Ubaque Cundinamarca
Edad: 85	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21.171.938

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

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

Dirección:	Cra 4 # 6 - 48				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3108877740

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: María elena pardo de Cruz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

362

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.171.938

PARDO DE CRUZ

APELLIDOS

MARIA ELINA

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1940

UBAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-1958 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00127821-F-0021171938-20081114 0006005449A 1 6730013668

Sisbén

3629

C11

Fecha de consulta: 22/09/2025

Ficha: 50350055517600000083

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA ELINA

Apellidos: PARDO CRUZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21171938

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/11/2018

Última actualización ciudadano: 28/11/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MURC

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Crista

Teléfono: 5603209 - 32320935

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-meta.gov

3623

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	21171938
NOMBRES	MARIA ELINA
APELLIDOS	PARDO DE CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 11:59:58	**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".

3674

...IFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 202510- 487574651

Información del cliente

PARDO DE CRUZ MARIA ELINA Tel.:

CR 4 6 48 BRR ANTONIO NARINO **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
487574651	0610000000047500	LaMacarena	061	2 Bajo

Cod. Transformador	Cod. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT11299	20072	1	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspension
21/SEP/25 a 21/OCT/25	28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110508295	HOL	A	9857	9884	34	1	27

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

44	30	28	26	27	26	27 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
27 *	555,614 =	15.002			

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Periodo		
Residencial	0,50%	1%		$	25.142
No Residencial	1%	1%	40,33	<$	10.141>
				$	15.001

Cartera

Capital	Interes Corriente	Interes de Mora	Interés Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valorfacturaperiodo	$	15.002
CompensacionOct2020	<$	2.270>
Ajuste al Peso	<$	2>

VALOR A PAGAR 12.730

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa servicio alumbrado público: ACDO 046-2021 EST SENT

-15 ..... Interés: .....

Atención al cliente | VALOR A PAGAR 8.200

Liquidación factura de aseo

CFT	0		0		0
CVNA	0		0		0
VBA	0		0		0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0

VALOR A PAGAR 0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra página Web www.electrocaqueta.com co nuestra Política de Tratamiento d

3625

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

Fecha:	24	10 es	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Alfredo Quiroga						
Fecha y lugar de nacimiento:	05-Abril-1934 Suacha Cundinamarca						
Edad:	91	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	3.289618.				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva	✓	No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B6
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cra 10 - C5.					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Cristales	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3208142261

2. ACUDIENTE

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

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

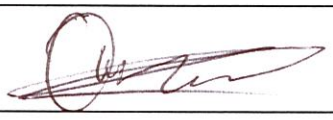
3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



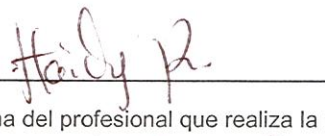


Firma del adulto mayor

Nombre: Alfredo quiroga

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: Hendy Rodriguez

Cargo Aux Enfermería

3626





FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1934**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-AGO-1964 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5204100-00203380-M-0003289618-20091215 0019068110A 1 6710526344

3627

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350208516500001574

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres ALFREDO

Apellidos QUIROGA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 3289618

Municipio LA MACARENA

Departamento META

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente

Última actualización ciudadano 20/06/2023

20/06/2023

Última actualización vía registros administrativos

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador	BERSY EDITH ANDRADE MURCIA
Dirección	Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales
Teléfono	5603209 - 3232093529
Correo Electrónico	sisben@lamacarena-meta.gov.co

3628

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	3289618
NOMBRES	ALFREDO
APELLIDOS	QUIROGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/01/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	.10/24/2025 08:53:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DEL META S.A.

EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

edesa S.A. E. S. P.

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDA	FECHA DE IMPRESIÓN
000000000000000	1	07-oct.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **528058**

PERIODO FACTURADO: **1533817**

3629

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

QUIROGAALFREDO
LA MACARENA
C10K5

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	133400000	RESIDENCIA 1	1910017882

CRISTALES

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
	CONSUMO ACUEDUCTO	9	1.521,09	13.689,79	-9.583		4.107
	DEUDA ANTERIOR AC						9.426
	INTERÉS DE MORA ACU						47
1	SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 18.444
ALCANTARILLADO	CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.356,36	8.356,36	-5.849		2.507
	CONSUMO ALCANTARILLADO	9	1.019,08	9.171,75	-6.420		2.752
	DEUDA ANTERIOR AL						5.564
	INTERÉS DE MORA ALC						28
2	SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 10.851

ASEO	CONCEPTO	VALOR
	CARGO FIJO ASEO	2.730,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS A	31,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.644,00
	DEUDA ANTERIOR ASEO	10.374,00
	INTERÉS DE MORA ASEO	52,00
3	SUBTOTAL ASEO	$ 20.83

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	
4 TOTAL OTROS COBROS	$ 4

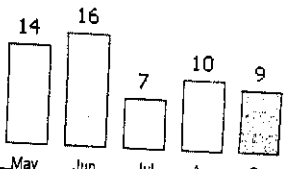
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 11,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
858,00	849,00	9,00

Pague hasta: **27/oct./2025**

Sr. Usuario; Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo: **$ 0**

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0004	0,1010	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

TOTAL A PAGAR: **$ 50.130**

Miriah Neise Pastran Moreno
Gerente (E) EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

FECHA DE SUSPENSIÓN
PAGO INMEDIATO

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMI... NUIR 1-50001009-1

EMPRESA

edesa S.A. E. S. P.

CÓDIGO USUARIO **528058**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1533817**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)62000528058001533817(3900)000000050130(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	PAGO INMEDIATO	$ 50.130

CUFE:
4de64201d7950f8178bc7bf212c
1a9cc59315007716e6f23986ccf
6f2b3c9e01ed3929787291c99b
3d335175711c48e3

BANCO

edesa S.A. E. S. P.

CÓDIGO U... 528058

FACTURA DE... 1533817 ...PUBLICOS

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)62000528058001533817(3900)000000050130(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL
27/oct./2025	PAGO INMEDIATO	$ 50.130

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

Fecha:	24	10	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Jaime Rincón						
Fecha y lugar de nacimiento:	02-feb-1960 Icaima Cundinamarca						
Edad:	65	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	7.792.743				

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

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

Dirección:	Cll 1 A - 269					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Porvenir	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3107904242

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Jaime Rincon

Firma del adulto mayor

Nombre: Jaime rincon

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

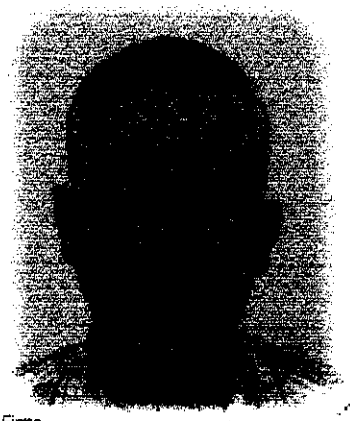
Nombre: Heidy Rebuzm

Cargo Aux. enfermería

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 7.792.743



Apellidos
RINCON

Nombres
JAIME

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	M

Fecha de nacimiento
02 FEB 1960

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
TOCAIMA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 JUL 1979, EL CASTILLO

Firma
Jaimerincon

Fecha de expiración
11 SEPT 2033

.CO

04467591

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL044675912520 27<<<<<<<<<<
6002028M3309117COL7792743<<<<7
RINCON<<JAIME<<<<<<<<<<<<<<<<

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500001483

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JAIME

Apellidos: RINCON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7792743

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

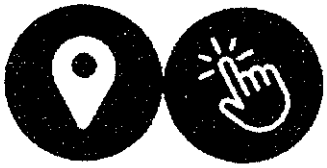
Encuesta vigente: 02/05/2025

Última actualización ciudadano: 02/05/2025

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





OFICINAS CERCANAS ENTÉRESE MÁS AQUÍ

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

© 2025 - Consulta Categoria

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	7792743
NOMBRES	JAIME
APELLIDOS	RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	30/07/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 08:50:47	**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

Electro Caqueta

Información del cliente

202510- 526854502

LOPEZ RINCON YANIRA Tel.:

CLL4 A 2 69 BRR PORVENIR **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
526854502	06100000000068600	LaMacarena	061	1 B.Bajo

Cod. Tarifa/Tarifa	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT11299	20072	1	3500	0	0	0

FRUS	FIU	HC	VC	Dt	A	CEC
646,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
21/SEP/25 a 21/OCT/25	28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

No. Serie contador	Marca	LE	Lec. Ante	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
4604118505	RYM	A	13293	13416	131	1	123

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	PRm	Dm	Rm	Cvm	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,13%	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

Periodo	Consumo KWh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

Lec								
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25					

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
123 * 444,491	=	54.672			

Interés de mora		Financiación				
Residencial	0,50%	1%	Valor Total Energía del Periodo		$	114.537
No Residencial	1%	1%	Valor (Subsidio/Contribución)	52,27	<$	59.864>
			Valor Total Energía Facturada		$	54.673

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Ahorro	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuento

Concepto		Valor Mes
Valorfacturaperiodo	$	54.672
CompensacionOct2020	<$	4.896>
Ajuste al Peso	$	4

VALOR A PAGAR 49.780

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACDO 016-2021 EST RENT

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU: a-15 Interés: .....

Atención al público: VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRHL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el - Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra p.gina Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Poli¿ tica de Tratamiento d

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

VE-GC-F-31/V3/2024-07-26

LOPEZ [illegible] YANIRA Ced:

	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:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luis vicente rivera rivera						
Fecha y lugar de nacimiento:	15-sep-1947 villavicencio meta.						
Edad:	78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**	3.294.970.				

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A 5
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capita salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 12 # 3-63					
Municipio:	la macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Cristales	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3159755541

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Luis Rivera.

Firma del adulto mayor

Nombre: Luis vicente rivera rivera

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Jairy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hardy Robayo

Cargo Aux. Enfermería


REPUBLICA DE
COLOMBIA


INDICE DERECHO
1.68
G.S. RH
M
SEXO

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350203516500000197

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS VICENTE

Apellidos: RIVEROS RIVEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3294970

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

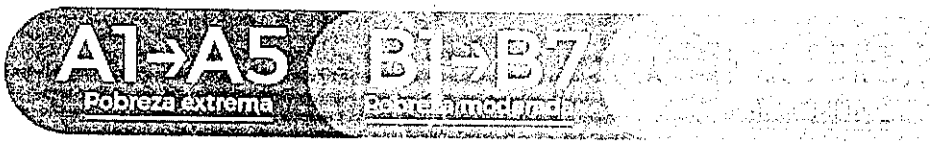
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/05/2021

Última actualización ciudadano: 18/05/2021

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:	BERSY EDITH ANDRADE MURCIA
Dirección:	Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales
Teléfono:	5603209 - 3232093529
Correo Electrónico:	sisben@lamacarena-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	3294970
NOMBRES	LUIS VICENTE
APELLIDOS	RIVEROS RIVEROS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:34:04	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 8911901227-9

Ref. para pagos 202510- 487204057

Electro Caquetá

Información del cliente

LUIS VICENTE RIVEROS Tel.:

CL 12 3 63 BRR LOS CRISTALES Clase de servicio: Residencial.

Información técnica

N					
487204057	0610000000136000	LaMacarena	061	1	B.Bajo

				% Compensacion	DIUG	DIU
MCT13952	20071	1	3500	0	0	0

		VC			CEC
646,55	931,1927				

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
22/SEP/25 a 22/OCT/25	29/10/2025	30/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	TE	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110509592	HOL	A	10654	10672	19	1	18

Costo unitario de prestación del servicio

						Cu$/Kwh
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

Últimos consumos

14	8	13	15	29	22	18 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

0: Toma exitosa.

Liquidación consumo período

						Valor total ($)
18 * 444,491	=	8.001				

				$	16.761
			- 52,27	$	8.761>
				$	8.000

Estrato de uso	Financiación
Residencial 0,00%	1%
No Residencial 1%	1%

Cartera

	Interés Corriente	Intereses de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Exenciones

	Valor Cubu	Subsidio Corriente	Saldo

Detalle de cuento

Concepto	Valor Mes
Valorfacturaperiodo	8.001
CompensacionOct2020	1.828>
Ajuste al Peso	3>

VALOR A PAGAR 6.170

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aplicada según acuerdo No: ACDO 046-2021 EST RENT

a-15 ....

Atención al público: VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

CFT	0	TRFA	0	FCNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VFA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Depreciación	0
	...		...	VALOR A PAGAR	$ 0

Liquidación factura Aguas de Florencia

puntored

LA MACARENA - META

28 OCT 2025

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra p.gina Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Poli¿ tica de Tratamiento d

40

	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:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Praxedis Riaño Alonso						
Fecha y lugar de nacimiento:	30-01-1948 Nunchia Casanare						
Edad:	77	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**					

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

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

Dirección:	Cll 7 # 4-29					
Municipio:	La macarena.	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Centro	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3208142261

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

Prayedes R

Firma del adulto mayor

Nombre: Praxedes Ruiz Alonso

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: Hardy Rodugo

Cargo Aux. Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
21.225.334
NUMERO

RIAÑO ALONSO
APELLIDOS

PRAXEDES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1948
NUNCHIA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-ENE-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5204100-69118891-F-0021225334-20041201 03409 04336A 02 116386723

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500001759

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PRAXEDES

Apellidos: RIAÑO ALONSO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21225334

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2024

Última actualización ciudadano: 20/11/2024

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	21225334
NOMBRES	PRAXEDES
APELLIDOS	RIAÑO ALONSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:18:47	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".

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos

Información del cliente

20249 486523450

JULIO FORERO

Tel.:

CL 4 7 24 BRR CENTRO

Clase de servicio: Residencial

Información técnica

No. factura	Ruta	Medidor			
486523450	0610000000011306			961	1 B.Baja

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo/Calibre			
MCT11293	20072	1			0

FIUG	FIU	FC			
646.55	1013.795				

Período facturado

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E			
11050977	HOI	A		1361	96

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m			
428.3332	48.5517	98.709			

FOES: Consumo Kwh

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor del $		
95 *	421,5373	=	40.046	

Interés de mora		Financiación	Valor	
Residencial	0,50%	1%	Valor Subsidio/Contribución	58,47
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturada	

Cartera

Capital	Interés Corriente		

Financiaciones

Valor	# Cuota		

Detalle de cuenta

Concepto		
Valor factura período	$	40.340
Compensación DTO-FTU	-$	8.294
Ajuste al Peso	$	

VALOR A PAGAR $ 31.693

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No:

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU

Atención al público:

VALOR $ 5.000

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.
Cll 4B Sur CRA 13 Villa Mónica Tel. 4358079

CFT	0	TRLU	0	FNA		0	
CVNA	0	TRRA	0	FOS		0	
VBA	0	TRA	0	IVA		0	
TRBL	0	TRNA	0	Devolución		0	
				VALOR	$	0	

Liquidación factura Aguas de Florencia

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se [illegible] en nuestra página Web www.electrocaqueta.com.co [illegible] Política de Tratamiento d

3645

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

Fecha:	24 Día	10 Mes	2025 Año	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Eduardo rojas rey						
Fecha y lugar de nacimiento:	08-SEP-1948- Gutiérrez Cundinamarca						
Edad:	83	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	3.270683				
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)	✓			Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física	✓	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	✓	Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 1 # 10-01						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bellavista	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	314 477 2050	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Eduardo Pin

Firma del adulto mayor

Nombre: Eduardo Luis Ley

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

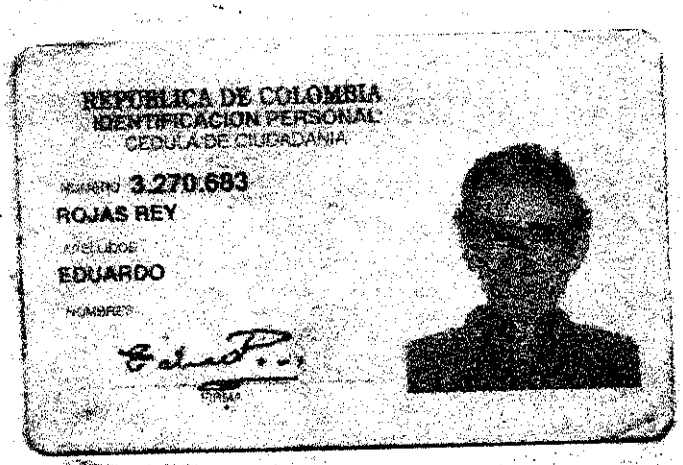


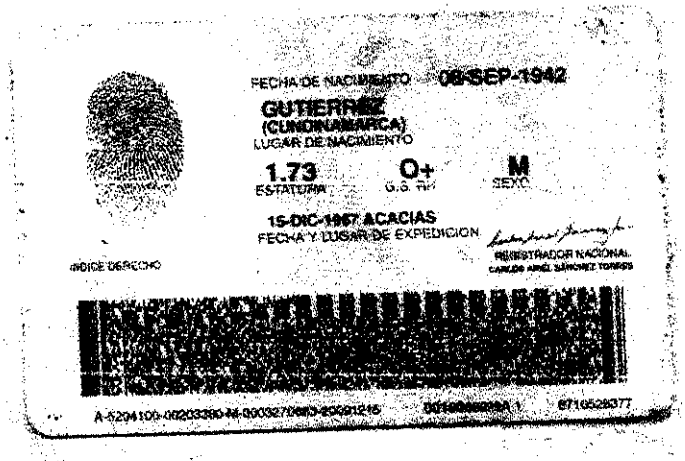
Yaicy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Yaicy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.270.683
ROJAS REY
APELLIDOS
EDUARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1942
GUTIERREZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-DIC-1967 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5294100-00203380-M-0003270683-20091215
8710528377

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035020551650000132S

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EDUARDO

Apellidos: ROJAS REY

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 3270683

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/10/2021

Última actualización ciudadano: 31/10/2021

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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
- MinEducación - Ministerio de Educacion
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3270683
NOMBRES	EDUARDO
APELLIDOS	ROJAS REY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:27:44	**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".

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO	529707
FACTURA No.	1529863
PERIODO FACTURADO:	01-jul.-2025 31-jul.-2025

0000000000000000	0	06-ago.-25
CÉDULA CATASTRAL	PÁGINAS A FACTURAR	FECHA DE IMPRESIÓN

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

FLOREZJUAN
LA MACARENA
BELLAVISTA

BELLAVISTA

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	402650000	RESIDENCIA 1	1810138549

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ABSOLUTO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
[illegible]ISMO ACUEDUCTO	4	1.521,09	6.084,35	-4.259		1.825

$ 6.689

SUBTOTAL ALCANTARILLADO $ 0

OTROS COBROS	
CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	

SUBTOTAL ASEO $ 0

4 TOTAL OTROS COBROS $ 1

CONSUMOS	PROMEDIOS	FACTOR	CMT	CMT
No. Días Ajuste	Consumos Ajustados	Consumos No Ajustados	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
1	

Para Clase Postal Urgente
[illegible]

* presente factura y recibo mensual ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

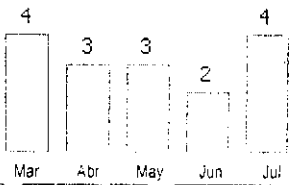
Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES	NOVEDAD DE LECTURA
3,00	00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
117,00	113,00	4,00

Pague hasta **27/ago./2025**

Sr. Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo **$ 0**

TOTAL A PAGAR **$ 6.690**

FECHA DE SUSPENSIÓN **29/ago./2025**

529707
1529863
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005297070015298 63(3900)000000006690(96)20250829

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/ago./2025	29/ago./2025	$ 6.690

CUFE:
237b7482944140aadbe9f4105e77f0d5c563c34cfc46622f6fbc8af921e9230d906201fcaef4a3080dcf7c69fc470421

529707
1529863
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005297070015298 63(3900)000000006690(96)20250829

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/ago./2025	29/ago./2025	$ 6.690

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

Fecha: 20 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Veronica Rocha Rocha
Fecha y lugar de nacimiento:	27-02-1944 - Bolivar santander
Edad: 81	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 28.030.653

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	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	

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

Dirección:	Cll 10A #5-53				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	✓	**Barrio:**	Centrales.
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3142092292

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

Protección de Datos Personales:

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

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

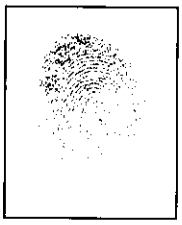
Consentimiento Informado:

Con la firma para este documento, declaro que:

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

5. FIRMAS

Veronica R.



Firma del adulto mayor

Nombre: Veronica roche rocha

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

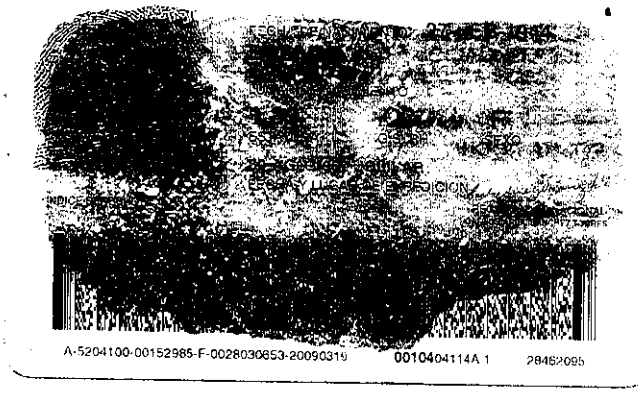
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hanby Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería


REPUBLICA DE
COLOMBIA
FIRMA


A-5204100-00152985-F-0028030853-20090319
0010404114A 1
28462095

cc 28030653

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3652

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350071518700000419

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VERONICA

Apellidos: ROCHA ROCHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 28030653

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2018

Última actualización ciudadano: 02/12/2018

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:	BERSY EDITH ANDRADE MURCIA
Dirección:	Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales
Teléfono:	5603209 - 3232093529
Correo Electrónico:	sisben@lamacarena-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	28030653
NOMBRES	VERONICA
APELLIDOS	ROCHA ROCHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 11:20:44	**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".

Electro Caquetá

NIT. 891190127-3

Ref. para pagos

Información del cliente

VERONICA ROCHA ROCHA

Clase de servicio:

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
487109105			961	Bajo

Cód transformador	Cód Circuito	Grupo calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCLL293				0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
16.55	939.9621					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
24/DIC/23 a 24/ENE/24	31/ENE/24	01/FEB/24

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
417243	MET	A	166	166		1	0

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
376.42354.3388				12.954	176.695	939.9621

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
463	9811				

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Periodo	$ 0
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución %)	
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturado:	

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota:	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valor del periodo	
Cargos y Saldos Ant.	
Ajuste al Peso	

ENERO 2024

VALOR A PAGAR $ 0

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: 424 de Octubre/23

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU:

Interés:

Atención al público: Cllle 16 No 3a-75

VALOR A PAGAR 2.833

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.
NIT 828002229-2 / Cllle 4B Sur Cra 13 Villa Monica/Tel:4358079

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	
CVNA	0	TRRA	0	FCS	
VBA	0	TRA	0	CVA	
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	

VALOR A PAGAR $ 0

Se informa que de [illegible] Decreto 1077 de [illegible] para [illegible]

VE-GC-F-31/V2/2023-12-22

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

Vladimir [illegible]

Electro Caquetá

Fecha Vence [illegible]

(41) [illegible]

Mes:	ENERO	Energía:	
Factura No:	20234	Aseo:	
Matrícula:	43766	Alumbrado Público:	

VALOR TOTAL A PAGAR $

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Ana rosa Rocha Rodr					
Fecha y lugar de nacimiento:		25-nov-1947 Bolivar Santander					
Edad:	78	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		40205.797			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física	✓	Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	NO.		
Dirección:	Cll 10# # 5-53						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Centales	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3142092292	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Ana Rosa.



Firma del adulto mayor

Nombre: Ana rosa rocha rocha

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: Hendy Robayo

Cargo Aux. Enfermería

56

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.205.797**
ROCHA ROCHA

APELLIDOS
ANA ROSA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1947**
BOLIVAR
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-DIC-1995 LA MACARENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204100-00310760-F-0040205797-20110628 0027306113A 1 28466292

Sisbén

57

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350071518700000419

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA ROSA

Apellidos: ROCHA ROCHA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40205797

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2018

Última actualización ciudadano: 02/12/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	40205797
NOMBRES	ANA ROSA
APELLIDOS	ROCHA ROCHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 11:14:10	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".

Electro Caquetá

NIT. 891190127-3

Ref. para pagos

Información del cliente

VERONICA ROCHA ROCHA

Clase de servicio:

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
487109105			001	Bajo

Cód transformador	Cód Circuito	Grupo calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCTE1298	78021			0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
16.55	939.9621					

Período facturado	Vencimiento	Suspensión
24/DIC/22 - 24/ENE/23		31/ENE/2023

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
1127343	MET					1	0

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cv,m:	Cu($/Kwh)
376.42355					173.6705	939.9621

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo período

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)

Interés de mora		Financiación
Residencial	0,50%	1%
No Residencial	1%	1%

Valor Total Energía del Período	
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ 0
Valor Total Energía Facturado:	

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valor [illegible]	
Cargo [illegible]	
Ajuste al Peso	

ENERO 2023

VALOR A PAGAR $ 0

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No:

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU:

Interés:

Atención al público:

VALOR A PAGAR 1.833

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P
NIT 828002229-2 / Cll 4B Sur Cra 13 Villa Monica/Tel.4358079

CFT	0	TRLU	0	TAENA	
CVNA	0	TRRA	0	FCS	
VBA	0	TRA	0	CVA	
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	

VALOR A PAGAR $ 0

Se informará que de [illegible] Decreto 142 de [illegible] [illegible]

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

VE-GC-F-31/V2/2023-12-22

VERONICA [illegible]

Electro Caquetá

Mes:	ENERO
Factura No:	20241
Matrícula:	487[illegible]
Energía:	
Aseo:	
Alumbrado Público:	

VALOR TOTAL A PAGAR $

60

	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 | 2020 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Mario de Jesus Rodriguez
Fecha y lugar de nacimiento:	22-marzo-1959 Nilteno Caldas
Edad: 66	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 6.667.701

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	A 2
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Casa 2				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Porvenir
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3228570711

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Maria de Jesus

Firma del adulto mayor

Nombre: Maria de Jesus Rodriguez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Asx. Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6.667.701**

RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARIO DE JESUS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1959**

VITERBO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-1977 SAN JUAN DE ARAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5204100-00203380-M-0006667701-20091215 0019068555A 1 6710526970

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350075518900000091

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIO DE JESUS

Apellidos: RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 6667701

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2024

Última actualización ciudadano: 20/11/2024

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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobreza ni vulnerabilidad

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6667701
NOMBRES	MARIO DE JESUS
APELLIDOS	RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	GRUPO DE ATENCION
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: 10/24/2025 09:58:35 **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".

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

edesa S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.570-6

010001190001000	0	04-jul.-25
CEDULA CATASTRAL		

CODIGO 7877950

1526967

01-jun.-2025 30-jun.-2025

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

SIMON RODRIGUEZ GARCIA

LA MACARENA CICLO 01 128 RESIDENCIA 1 No.MEDIDOR 2023001216

CASA 5 PORVENIR

LIQUIDACION DE LA CUENTA

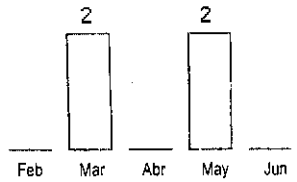
	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD				VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
	1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 4.864
ALCANTARILLADO							
	2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 0

ASEO				
CARGO FIJO ASEO	2.730,00	AJUSTE	4	
CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.762,00			
3 SUBTOTAL ASEO	$ 10.492	4 TOTAL OTROS COBROS		$ 4

NO AFORADOS		AFORADOS				
Ton RS Aprov	Ton RS No Aprov	Ton RS Aprov				
0,0000	0,1025	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

FINANCIACION

HISTORICO DE CONSUMO



PROMEDIO	ANTERIOR	CONSUMO (m3)
22,00	22,00	0,00

	25/jul./2025
	SE SUSPENDERA EL
	$ 0
	$ 15.360
	DE SUSPENSION
	28/jul./2025

Xiomara Nelsa Pastran Moreno
Gerente Edesa S.A. E.S.P.

1 2

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NIT

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

EMPRESA

edesa S.A. E.S.P.

CODIGO USUARIO
7877950
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS
1526967
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078779500015269 67(3900)000000015360(96)20250728

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSION	TOTAL A PAGAR
25/jul./2025	28/jul./2025	$ 15.360

CUFE:
7f3c830f6b4e751141af058bd0a
836fae17e4bfcd1413319bb7841
72307f69b505fe27340eacd1c1d
c799f7d5484e5ba

BANCO

edesa S.A. E.S.P.

CODIGO USUARIO
7877950
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS
1526967
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078779500015269 67(3900)000000015360(96)20250728

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSION	TOTAL A PAGAR
25/jul./2025	28/jul./2025	$ 15.360

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Simón Rodriguez Garcia
Fecha y lugar de nacimiento:	10-Nov-1959 Villavicencio meta
Edad: 71	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 17311881

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

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

Dirección:	Casa 5				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Poneuir
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3228570711

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Simon Rodriguez

Firma del adulto mayor

Nombre: Simón Rodriguez Canal

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

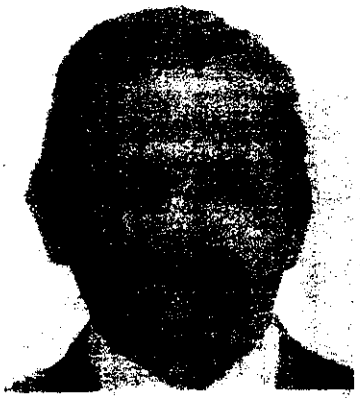
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **17.311.881**

RODRIGUEZ GARCIA
APELLIDOS

SIMON
NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1954**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-1976 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-5204100-01083268-M-0017311881-20190711 **0066**275529A 1 51803136

Sisbén

3667

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500001172

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SIMON

Apellidos: RODRIGUEZ GARCIA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17311881

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/10/2021

Última actualización ciudadano: 25/10/2021

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

3 6 9

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	17311881
NOMBRES	SIMON
APELLIDOS	RODRIGUEZ GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:01:08	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

edesa

010001190001000 | 0 | 04-jul.-25

Factura No. 7877950

1526967

01-jun.-2025 30-jun.-2025

3669

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

SIMON RODRIGUEZ GARCIA

LA MACARENA CICLO 01 128 RESIDENCIA 1 2023001216

CASA 5 PORVENIR

No.MEDIDOR

LIQUIDACION DE LA FACTURA

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD				
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93		1.350	4.864
SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 4.864
SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 0

CONCEPTO	VALOR
CARGO FIJO ASEO	2.730,00
CARGO VARIABLE POR RESIDUOS NO APROVECHABLES	7.762,00
SUBTOTAL ASEO	$ 10.492

OTROS CONCEPTOS

CONCEPTO	
AJUSTE	4
	$ 4

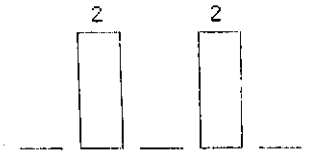
Ton RS Aprov	Ton RS No Aprov	Ton RS Aprov	Ton RS No Aprov			
0,0000	0,1025	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

1 2

FINANCIACION

CONSUMO

CONSUMO ACTUAL	CONSUMO ANTERIOR	CONSUMO MES
22,00	22,00	0,00



25/jul./2025

Si cancelado le SE SUSPENDERA

$ 0

$ 15.360

FECHA DE SUSPENSION

28/jul./2025

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

edesa

7877950

NO. DE SERVICIOS PUBLICOS

1526967

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078779500015269 67(3900)000000015360(96)20250728

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSION	
25/jul./2025	28/jul./2025	$ 15.360

CUFE:
7f3c830f6b4e751141af058bd0a836fae17e4bfcd1413319bb784172307f69b505fe27340eacd1c1dc799f7d5484e5ba

edesa

7877950

NO. DE SERVICIOS PUBLICOS

1526967

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620078779500015269 67(3900)000000015360(96)20250728

PAGUE HASTA | FECHA DE SUSPENSION | |

25/jul./2025 | 28/jul./2025 | $ 15.360

3670

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

Fecha: 24 | 10 | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			María Aurora Santos de Cañon				
Fecha y lugar de nacimiento:			25-jul-1946 Medina Cundinamarca				
Edad:	79	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		21 225 884			

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

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

Dirección:	Cll 4 # 10-73				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	fundadores
Zona:	**Rural**	**Urbano**	✓	**Telefono:**	3212387023

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

NO FIRMA



Firma del adulto mayor

Nombre: María Aurora Santos de Quiñon

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

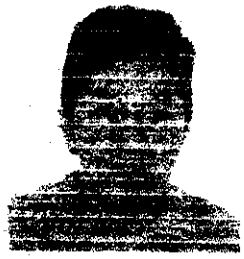
Cargo AUX. Enfermería

3671

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.225.884**
SANTOS De CAÑON
APELLIDOS
MARIA AURORA
NOMBRES

Aurora Santos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1946**
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204100-00152985-F-0021225884-20080319 0010404013A 1 28462094

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

3672

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000513

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA AURORA

Apellidos: SANTOS DE CAÑON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21225884

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/10/2024

Última actualización ciudadano: 19/10/2024

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	21225884
NOMBRES	MARIA AURORA
APELLIDOS	SANTOS DE CAÑON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 19:23:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

3674

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Información del cliente

Ref. para pagos 202510- 499780581

CA.ON MARTINEZ JORGE LAUREANO

CALLE 4 10 23 FUNDADORES Tel.:

Clase de servicio: Residencial.

Información técnico

No Factura	Ruta	Medidor	Concentración	
499780581	061000000206900	LaMacarena	061	1 B.Bajo

Cod Poblacional	Circuito	Grupo	Tarifa	Vr Compensación	DIUG	DIU
11120	20071	3	3500	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEO
646,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
23/SEP/25 a 23/OCT/25	30/10/2025	31/10/2025

Información de consumo

Medidor	Marca	Tipo	Anterior	Actual	Diferencia	Factor	Consumo
6677501689	CHI	A	3961	4023	125	1	62

Costo unitario de prestación del servicio

314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

Últimos consumos

167	188	185	98	109	77	62 Kwh	Observación
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25	0: Toma exitosa.

Liquidación consumo periodo

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)
62 *	444,491 =	27.558

Interés de mora	Financiación
Residencial 0,50%	1%
No Residencial 1%	1%

Valor Total Energía del Proveedor		
Valor (Subsidio/Contribución %)	52,27	$ 57.734
		<$ 30.176>
Subtotal		$ 27.558

Cartera

Interés de

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuento

Valorfacturaperiodo	$ 27.558
Ajuste al Peso	$ 2

VALOR A PAGAR 27.560

Liquidación factura de alumbrado público

ACDO 044-2021 EST REA

Calle 10 No 3a-15

Atención Telefónica

VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P

CFT	0	TREU	0	SAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	PA	0	IVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

3675

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

Fecha: 29 (Día) | 10 (Mes) | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Antonio Sena						
Fecha y lugar de nacimiento:	03-enero-1945 Santuario Risaralda.						
Edad:	80	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	7.792.210.				

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

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

Dirección:	Casa 5 R 5				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño
Zona:	**Rural**		**Urbano**	**Telefono:**	3208478104

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

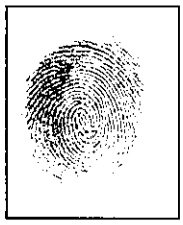
Documento	Si	No
Copia del documento de identificación del beneficiario	✓	
Copia de la consulta de SISBEN	✓	
Copia de consulta en ADRES	✓	
Copia de recibo público	✓	
Copia de documento de identificación del acudiente		

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

NO FIRMA



Firma del adulto mayor

Nombre: Antonio Serna

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

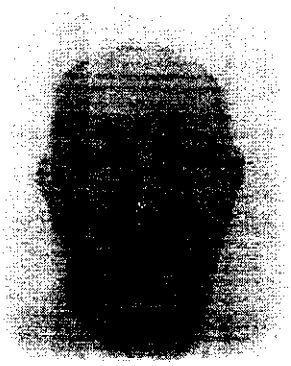
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux Enfermería



SERNA

ANTONIO

COL 1 62

03 ENE 1945 A+

SANTUARIO (RISARALDA)

14 DIC 1987 EL CASTILLO

05 OCT 2004

CO

0558711 50

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0558711500520 27<<<<<<<<<<
4501033M3410037COL7792210<<<<0
SERNA<<ANTONIO<<<<<<<<<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350062516900000084

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANTONIO

Apellidos: SERNA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 7792210

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/06/2020

Última actualización ciudadano: 08/06/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	7792210
NOMBRES	ANTONIO
APELLIDOS	SERNA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 10:13:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.587-0

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
00000000000000000	0	05-feb.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **530081**

PERIODO FACTURADO: **1516104**

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

ANTONIOSERNA
LA MACARENA
C5K5

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	100950000	RESIDENCIA 1	1910039535

ANTONIO NARIÑO

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	15.718,79	15.718,79	-11.003		4.716
CONSUMO ACUEDUCTO	16	1.475,89	23.614,21	-16.530		7.084
CONSUMO COMPLEMENTARIO ACU	14	1.475,89	20.662,44			20.662
1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 32.462
CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.101,19	8.101,19	-5.671		2.430
CONSUMO ALCANTARILLADO	16	1.004,96	16.079,42	-11.255		4.824
CONSUMO COMPLEMENTARIO ALC	14	1.004,96	14.069,49			14.069
2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 21.323

CONCEPTO	VALOR
CARGO FIJO ASEO	2.648,00
CARGO VARIABLE POR RESIDUOS A	172,00
CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.415,00

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	2

3 SUBTOTAL ASEO $2

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0.0025	0,1025	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Walter Tiago Gonzalez
Gerente EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

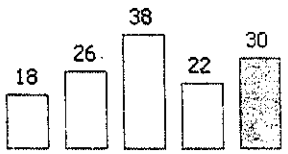
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 24,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
1.131,00	1.101,00	30,00

Pague hasta: **24/feb./2025**

Sr Usuario, Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo: **$ 0**

TOTAL A PAGAR: **$ 64.020**

FECHA DE SUSPENSIÓN
26/feb./2025

edesa S.A. E.S.P

CÓDIGO USUARIO
530081

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS
1516104
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005300810015161 04(3900)000000064020(96)20250226

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
24/feb./2025	26/feb./2025	$ 64.020

CUFE:
a8a2866dcac32cf901291a63a0e
48765713c7d6d8adffae37e97ac
bd1f14b8311e641c4913a5b06c
0d0dd4a94bfd707c

edesa S.A. E.S.P

CÓDIGO USUARIO
530081

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS
1516104
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005300810015161 04(3900)000000064020(96)20250226

PAGUE HASTA 24/feb./2025
FECHA DE SUSPENSIÓN 26/feb./2025
TOTAL A PAGAR $ 64.020

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

Fecha:	24 de	10 de	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Franci Helena Taborda Sierra						
Fecha y lugar de nacimiento:	27-03-1965 Bogota Cundinamarca						
Edad:	60	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:**	52.105.818				

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

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

Dirección:	Cll 9 # 2-09						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Antonio Nariño	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3112625342	

2. ACUDIENTE

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

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

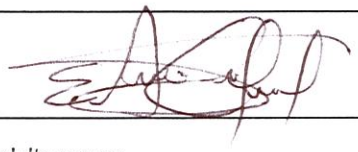
3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS





Firma del adulto mayor

Nombre: David Helena Taborda Sierra

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Haidy R

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux. Enfermería

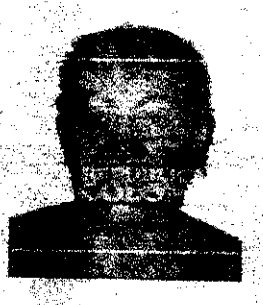
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.105.818**
TABORDA SIERRA

APELLIDOS
FRANCI HELENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAR-1965**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-JUL-1991 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4401000-00496677-F-0052105818-20131018 0035510589A 1 8092590324

Sisbén

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 5035003151650000012

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres **FRANCI HELENA**

Apellidos **TABORDA SIERRA**

Tipo de documento **Cédula de Ciudadania**

Número de documento **52105818**

Municipio **LA MACARENA**

Departamento **META**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente **13/09/2023**

Última actualización ciudadano

13/09/2023

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	**BERSY EDITH ANDRADE MURCIA**
Dirección	**Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales**
Teléfono	**5603209 - 3232093529**
Correo Electrónico	**sisben@lamacarena-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	52105818
NOMBRES	FRANCI HELENA
APELLIDOS	TABORDA SIERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/24/2025 09:15:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Electro Caquetá

Ref. para pagos 202510- 487597740

Información del cliente

EDWIN ALBERTO LOPEZ Tel.:

CR 4 2 09 BRR ANTONIO NARIÑO **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
48[illegible]597740	0610000[illegible]	[illegible]rmino	061	1 B.Bajo

Cód. Transformador	Cod. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUC	DIU
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0		0

BIUC	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
640,55	9[illegible]	[illegible]				

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
20/SEP/25 a [illegible]	28/10/2025	29/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	TE	Lec. Ante	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
110568188	HO[illegible]	2	6142	6186	49	1	44

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	PRm.m	Dr.m	Rm	Cv.m	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES	Consumo Kwh	SKwh	Valor $	No Factura

Ultimos consumos

44	50	45	37	36	41	44 kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	01 Tres estrato.

Observación

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)	Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor total ($)
44 * 444,491	=	19.558			

Interés de mora		Financiación
Residencial	0,50%	1%
No Residencial	1%	1%

Valor Total Energía del Periodo		$ 40.972
Valor (Subsidio/Contribución %)	52,27	<$ 21.415>
Valor Total Energía Facturado:		$ 19.557

Cartera

Capital	Interés Corriente	Interés de Mora	Interés de Atraso	Saldo
$ 23320	$ 0	$ 0	$ 1	$ 23320

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto	Valor Mes
Valorfacturaperiodo	19.558
InteresMoraActiva	85
CompensacionOct2020	90>
Deuda	23.320
Ajuste al Peso	3>

VALOR A PAGAR 42.870

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACDO 046-2021 EST RENT

Con base Cláusula 25 Parágrafo 2 del CCU: 15 ..... Interés: .....

Atención al público: VALOR A PAGAR 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
VBA	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

Punto LA MACARENA 21 OCT 2025

VALOR A PAGAR

SU CUENTA SE ENCUENTRA EN MORA, CANCELE INMEDIATAMENTE ESTA FACTURA Y EVITE LA SUSPENSION DEL SERVICIO.

... PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
FRANCI	HELENA	TABORDA	SIERRA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	LA MACARENA

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: 52105818

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ESE Primer Nivel Granada Salud

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	6	9

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900005594

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	68.75
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b730.2 b760.2 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.271 s750.271

3. Codigos Actividades y Participación

d4602.3 d640.3 d879.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DANIA IBETH ACOSTA RUIZ	Psicología	CC-1018405438
YURI MARCELA PARDO OYOLA	Enfermería	CC-1030557745
LISETH CONSTANZA MOSSO CIFUENTES	Medicina	CC-1049620000

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

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

Fecha: 21 | 10 | 2024 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Luis felipe tique tique
Fecha y lugar de nacimiento:	26-Ago-1948 Ortega Tolima
Edad: 77	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 2.356314

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

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

Dirección:	Cll 9 # 11-05				
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Colinas
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3209182980.

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

Luis Felipe T

Firma del adulto mayor

Nombre: Luis felipe tique tique.

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodriguez

Cargo Aux Enfermería

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **2.356.314**
TIQUE TIQUE

APELLIDOS
LUIS FELIPE

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-AGO-1948**
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-JUN-1970 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204100-00170194-M-0002356314-20090615 0015033915A 1 24808429

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350205516500002194

A4

GRUPO SISBEN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS FELIPE

Apellidos: TIQUE TIQUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 2356314

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2023

Última actualización ciudadano: 09/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	2356314
NOMBRES	LUIS FELIPE
APELLIDOS	TIQUE TIQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 10:18:24	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación**

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.

NIT. 822.006.567-9

CODIGO USUARIO: 528995

FACTURA No.: [illegible] | FECHA DE IMPRESIÓN: 07-oct.-25

PERIODO FACTURADO: 1534204

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

LUISFELIPETIQUETIQUE
LA MACARENA
CALLE9N° 11-05 LAS COLINAS

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO		No. MEDIDOR
CICLO 01	301600000	RESIDENCIA	1	1910077348

LIQUIDACION DE LA CUENTA

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNIDAD	COSTO	VENTAS SUBSIDIO	VENTAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO						
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
CONSUMO ACUEDUCTO	10	1.521,09	15.210,87	-10.648		4.563
1 SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 9.427
ALCANTARILLADO						
2 SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 0
ASEO						
3 SUBTOTAL ASEO						$ 0

CONCEPTO	VALOR
OTROS COBROS	
AJUSTE	3
4 TOTAL OTROS COBROS	$ 3

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

Nelson Nieves Pastran Moreno
GERENTE EDESA S.A.E.S.P

MES	Frecuencia de Lectura	Frecuencia de Facturación
	1	

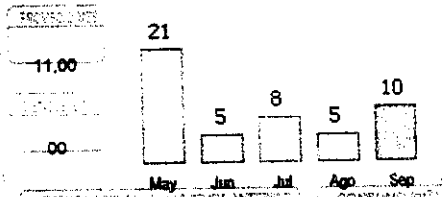
La anterior factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO MES
1.055,00	1.045,00	10,00

Pague hasta: **27/oct./2025**

Cartera Coactiva: **$ 0**

TOTAL A PAGAR: **$ 9.430**

FECHA DE SUSPENSIÓ: **29/oct./2025**

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

EMPRESA

edesa S.A. E.S.P.

CODIGO USUARIO: **528995**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS: **1534204**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005289950015342 04(3900)000000009430(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 9.430

CUFE:
f7ef2898d48ce8e964dd281863d
6b168267b10f433dc8e6efd3b6
b909c8a2a176d4aedf7c25d5b3
1a202c432e9b7813f

BANCO

edesa S.A. E.S.P.

CODIGO USUARIO: **528995**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS: **1534204**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620005289950015342 04(3900)000000009430(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 9.430

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

Fecha:	26	10	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	Denis Vargas Vargas						
Fecha y lugar de nacimiento:	26-may-1970 Bolivar Santander						
Edad:	55	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		40205817.			

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

Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)		Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)	✓	Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	✓	Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual	✓	Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B 4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud.
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**	✓		

Dirección:	A 11 9					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Cristales	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3142196763

2. ACUDIENTE

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

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

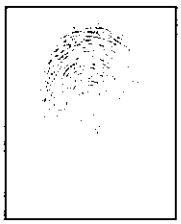
3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS



Firma del adulto mayor

Nombre: Deni Vargas Vargas

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Hardy Robayo

Cargo Aux. Enfermería

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

40.205.817
VARGAS VARGAS

DENIS

NO FIRMA





26-MAY-1970

BOLIVAR
(SANTANDER)

1.55 O+ F

08 ABR-1988 LA MACARENA



00627

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000303

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DENIS

Apellidos: VARGAS VARGAS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40205817

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/11/2018

Última actualización ciudadano: 26/04/2022

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	40205817
NOMBRES	DENIS
APELLIDOS	VARGAS VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 14:32:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CASANARE S.A. E.S.P.
NIT. 891190127-3

Ref. para pagos
20256- 487279275

Información del cliente

[illegible] **Clase de servicio:** Residencial

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Concentración	Estrato
[illegible]	[illegible]	[illegible]	061	2 Bajo

Cód. Transformador	Cod. Circuito	Grupo Calidad	Comun	Vr. Compensación	DMG	DMI
MCT12748	26071	1	[illegible]	0	0	0

FMG	FID	FIC	VC	SI	CSS
0,55	[illegible]				

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
[illegible]	[illegible]	02/07/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	TE	Lect. Anterior	Lect. Actual	Prom.	Prom.	Consumo
11056953	HGI	A	8273	8779	46	1	49

Costo unitario de prestación del servicio

Gm	Tm	PRm	Dm	Rm	Cv	Cu($/Kwh)
224,8[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	478,0[illegible]	976,9577

FOES. Consumo Kwh	$/kwh	Valor $	No Factura
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Últimos consumos

Observación

Liquidación consumo periodo

Consumo (kwh)	Tarifa ($/kwh)	Valor CU [illegible]	Tarifa ($/kwh)	Valor Total [illegible]
[illegible] 566,6971	[illegible]	6.384		

Interés de mora		Financiación	Valor Total Energía del Período		$ 49.911
Residencial	0,50%	1%	Valor (Subsidio/Contribución)	31,23	$ 18.927
No Residencial	1%	1%	Valor Total Energía Facturado		$ 76.984

Cartera

Capital	Interes Corriente	Interes de Mora	Interes de Atraso	Saldo

Financiaciones

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valor Factura Periodo	$	76.984
Compensación Junio 2020	$	-1.236
[illegible] Peso	$	2

VALOR A PAGAR 75.740

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada Según acuerdo No [illegible]

[illegible]	Interés	
[illegible]	VALOR A PAGAR	8.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P.

CFT	[illegible]	TRLU	[illegible]	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	[illegible]	FCS	0
VBA	[illegible]	TRA	[illegible]	CVA	0
TRBL	[illegible]	TRNA	[illegible]	Devolución	0
				VALOR A PAGAR $	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

[illegible] nuestra página Web [illegible] línea de [illegible]

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ART. 130 LEY 142 DE 1994 Y PARA TODOS LOS EFECTOS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO

VE-GC-F-31/V3/2024-07-26

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

Fecha: 20 | 10es | 2025 **Centro Vida:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:	David valencia Segura
Fecha y lugar de nacimiento:	06-may-1939 florencia caqueta
Edad:	**Identificación:** ~~CC~~ TI RC TE CE PP **Número:** 4965207.

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

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

Dirección:	Cll 10 - 1323					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	colinas	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3138079600.

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

David Valencia S.

Firma del adulto mayor

Nombre: David Valencia Segura

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

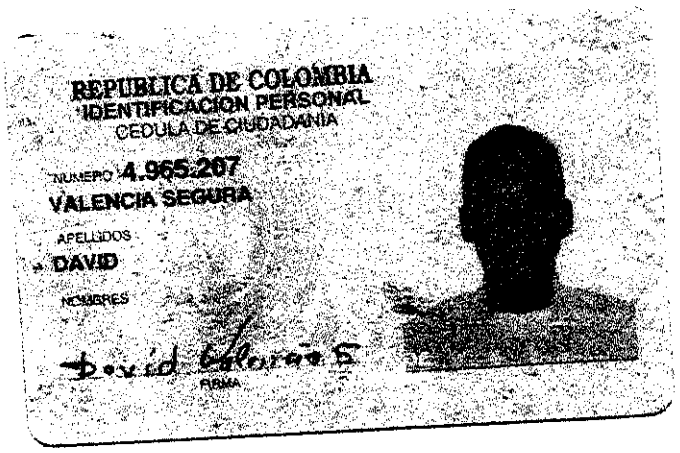
(Si la persona no puede firmar, se dejará su huella dactilar como constancia.)

Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

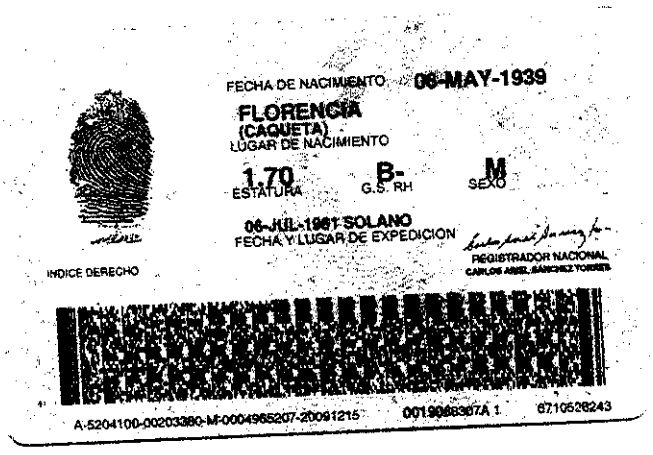
Nombre: Hamby Robledo

Cargo Aux. enfermería



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.965.207
VALENCIA SEGURA
APELLIDOS
DAVID
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1939
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
B- G.S. RH
M SEXO
06-JUL-1961 SOLANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-5204100-00203380-M-0004965207-20091215 0019968387A 1 6710526243

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350075519100000261

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DAVID

Apellidos: VALENCIA SEGURA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 4965207

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/11/2023

Última actualización ciudadano: 30/11/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	4965207
NOMBRES	DAVID
APELLIDOS	VALENCIA SEGURA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:57:27	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

ELECTRIFICADORA DEL CAQUETÁ S.A ESP

NIT. 891190127-3

Ref. para pagos 202510- 486200970

Electro Caqueta

Información del cliente

JOSE ALFREDO LIMA TRUJILLO Tel.:

CL 10 13 23 BRR COLINAS. **Clase de servicio:** Residencial.

Información técnica

No. factura	Ruta	Municipio	Sec. No.	Estrato
486200970	0610000000189200	LaMacarena	061	1 B.Bajo

Cód. Transformador	Cód. Circuito	Grupo Calidad	Carga	Vr. Compensación	DIUG	DIU
MCT12716	20071	1	1000	0	0	0

FIUG	FIU	HC	VC	Dt	%	CEC
646,55	931,1927					

Periodo facturado	Vencimiento	Suspensión
23/SEP/25 a 23/OCT/25	30/10/2025	31/10/2025

Información de consumo

Serie contador	Marca	T.E	Lec. Ante.	Lec. Actual	Prom	Factor	Consumo
130753	CDM	A	4700	4746	45	1	46

Costo unitario de prestación del servicio

Gm:	Tm:	PRn,m:	Dn,m:	Rm:	Cvm:	Cu($/Kwh)
314,682	52,9668	73,4321	275,1953	31,5509	183,3656	931,1927

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

Últimos consumos

47	45	41	48	48	45	46 Kwh
ABR-25	MAY-25	JUN-25	JUL-25	AGO-25	SEP-25	OCT-25

Observación

01: Toma exitosa.

Liquidación consumo periodo

Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)	Consumo (Kwh)	Tarifa ($/Kwh)	Valor total ($)
46 *	444,491	=	20.447		

Interés de mora		Financiación
Residencial	0,50%	1%
No Residencial	1%	1%

Valor Total Energía del Período		$	42.835
Valor (Subsidio/Contribución %)	52,27	<$	22.388>
Valor Total Energía Facturado:		$	20.447

Cartera

Capital	Interes Corriente	Interés de Mora	Interes de Atraso	Saldo

Financiaciones

Valor	# Cuota	Valor Cuota	Cuota Pendiente	Saldo

Detalle de cuenta

Concepto		Valor Mes
Valorfacturaperiodo	$	20.447
Ajuste al Peso	$	3

VALOR A PAGAR 20.450

Liquidación factura de alumbrado público

Tarifa aprobada según acuerdo No: ACDO 046-2021 EST RENT

Con base Cláusula 25 Parágrafo 4 del CCU: a-15 ..... Interés: .....

Atención al público: VALOR A PAGAR: 6.200

Liquidación factura de aseo

SERVINTEGRAL S.A. E.S.P

CFT	0	TRLU	0	TAFNA	0
CVNA	0	TRRA	0	FCS	0
V8A	0	TRA	0	CVA	0
TRBL	0	TRNA	0	Devolución	0
				VALOR A PAGAR	0

Liquidación factura Aguas de Florencia

VALOR A PAGAR

Se informa que de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se ha publicado en nuestra página Web www.electrocaqueta.com.co nuestra Política de Tratamiento d

ESTE TIQUETE ART. 1381 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	2025	Centro Vida:	Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:			Alvaro velandia nuñez				
Fecha y lugar de nacimiento:			24-Agos-1946 - Encino Santander.				
Edad:		**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:**		5.623703			
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino	✓	Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino		Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado		Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras		Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	B4
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	capital salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			

Dirección:	Cll 11 # 4-19					
Municipio:	La macarena	**Estrato:**	1	**Barrio:**	Centales.	
Zona:	**Rural**		**Urbano** ✓	**Telefono:**	3204615662	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

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

5. FIRMAS

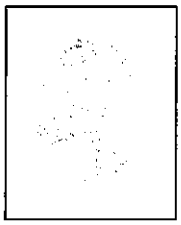
NO FIRMA

Firma del adulto mayor

Nombre: Alvaro Velandia Nuñez

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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

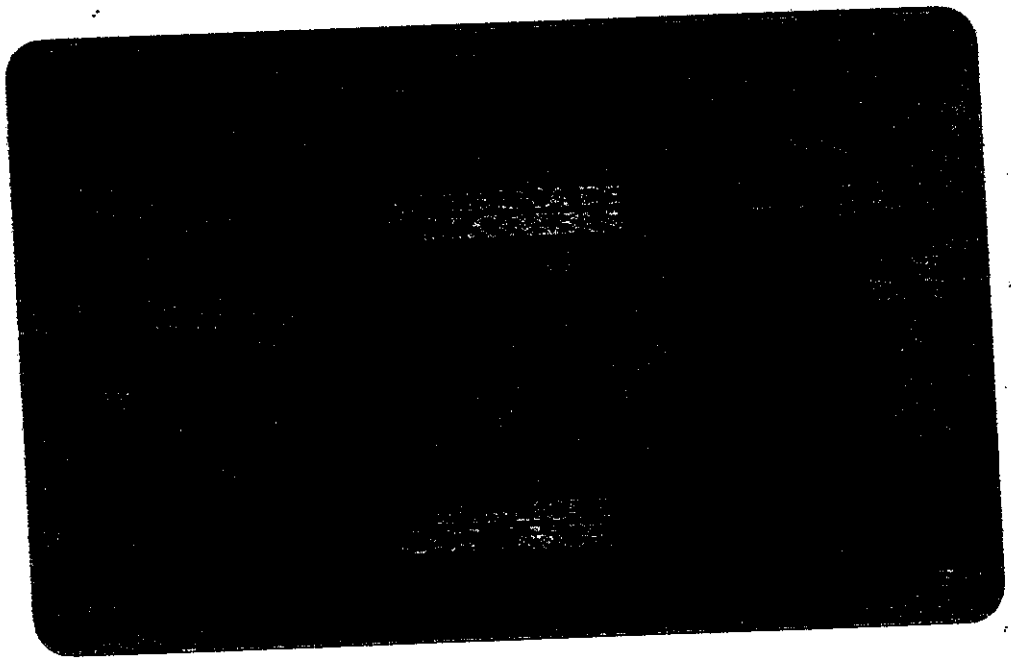


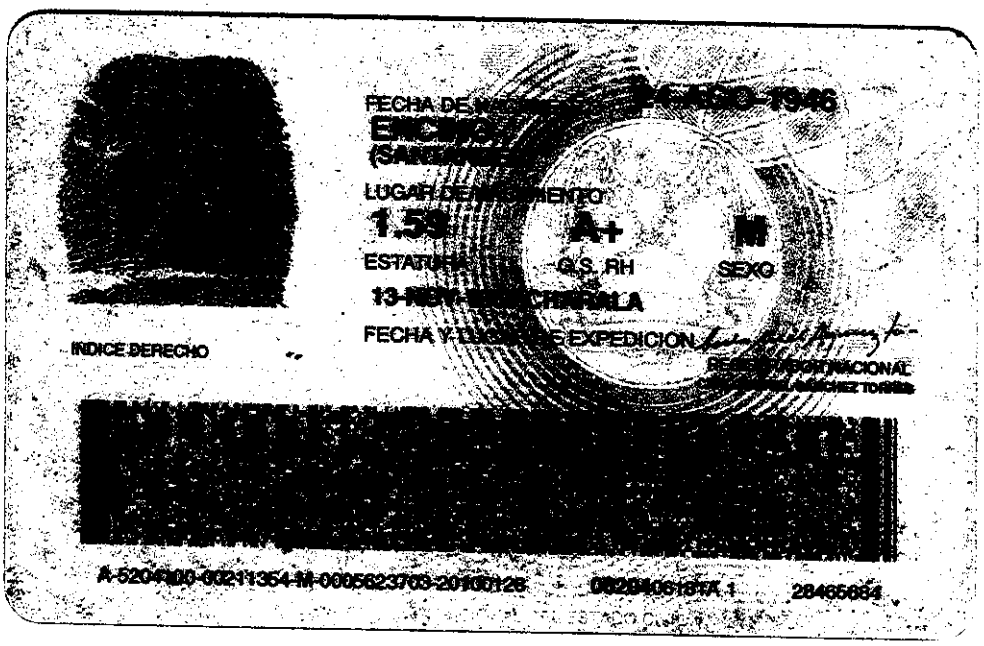
Haidy R.

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Haidy Rodugm

Cargo Aux. Enfermería




INDICE DERECHO
A+
SEXO
A-520-000-00211354-M-0005623703-20100126
28466884

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350071518700000439

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALVARO

Apellidos: VELANDIA NUÑEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5623703

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/11/2018

Última actualización ciudadano: 30/11/2018

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

Correo Electrónico: sisben@lamacarena-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	5623703
NOMBRES	ALVARO
APELLIDOS	VELANDIA NUÑEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 09:34:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

IOS PÚBLICOS DEL META S.A. S.A. E.S.P.

822.006.587-0

edesa S.A. E. S. P.

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDA	FECHA DE IMPRESIÓN
0503500100010000	0	07-oct.-25

CÓDIGO USUARIO

FACTURA No. **757884**

PERIODO FACTURADO: **1533117**

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

ALVAROVELANDIANUÑEZ
LA MACARENA
CALLE11N°4-19 CRISTALES

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	131300000	RESIDENCIA 1	1910017788

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO	CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
	CONSUMO ACUEDUCTO	1	1.521,09	1.521,09	-1.065		456
1	SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 5.320
ALCANTARILLADO	CARGO FIJO ALCANTARILLADO	1	8.356,38	8.356,38	-5.849		2.507
	CONSUMO ALCANTARILLADO	1	1.019,08	1.019,08	-713		306
2	SUBTOTAL ALCANTARILLADO						$ 2.813

ASEO	CONCEPTO	VALOR
	CARGO FIJO ASEO	2.730,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS A	31,00
	CARGO VARIABLE POR RESIDUOS N	7.644,00
3	SUBTOTAL ASEO	$ 10.405

OTROS COBROS	CONCEPTO	VALOR
	AJUSTE	2
4	TOTAL OTROS COBROS	$ 2

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0004	0,1010	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

M3	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	2

Miriam Neise Pastran Moreno
Gerente (E) EDESA S.A.E.S.P

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

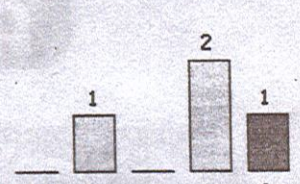
ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 1,00

NOVEDAD DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
255,00	254,00	1,00

Pague hasta: **27/oct./2025**

Sr. Usuario; Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo: **$ 0**

TOTAL A PAGAR: $ 18.540

FECHA DE SUSPENSIÓN: 29/oct./2025

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NUIR 0000-1

EMPRESA

edesa S.A. E. S. P.

CÓDIGO USUARIO **757884**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1533117**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007578840015331 17(3900)000000018540(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 18.540

CUFE:
6de8dcc626dbfd1c7b58392c88
0a2985c173629a764c4151401b
be8b443c922f36bbf632ca42bc3
a806d808efa96d57e

BANCO

edesa S.A. E. S. P.

CÓDIGO USUARIO **757884**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS **1533117**

LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)620007578840015331 17(3900)000000018540(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 18.540

	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:** Macarena

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos:		Alicia Bonilla de Cruz					
Fecha y lugar de nacimiento:		23- marzo- 1951 Acacias meta					
Edad:	74	**Identificación:** CC TI RC TE CE PP **Número:** 21.173.179					
CC: Cédula de Ciudadanía; TI: Tarjeta de Identidad; RC: Registro Civil, TE: Tarjeta de Extranjería, CE: Cédula de Extranjería, PP: Pasaporte							
Estado Civil		**Sexo**		**Identidad de Genero**		**Orientación Sexual**	
Soltero(a)	✓	Masculino		Cisgénero	✓	Heterosexual	✓
Casado(a)		Femenino	✓	Transgénero		Homosexual	
Unión Libre				No binario		Bisexual	
Divorciado(a)				Intersexual		Asexual	
Viudo(a)				Otro		Otro	
Condición de Victima		**Enfoque Diferencial**		**Discapacidad**		**Seguridad Social**	
Desplazado	✓	Cabeza de Familia	✓	Física		Contributivo	
Despojo de Tierras	✓	Cuidador		Visual		Subsidiado	✓
Desaparición Forzada		Firmante de Paz		Auditiva		No asegurado	
Homicidio		Campesino		Sordoceguera		Especial	
Acto Terrorista		Líder Religioso		Intelectual		**Nivel Sisben**	C3
Otro		Indigena		Psicosocial		**EPS**	Capital Salud
		NARP		Múltiple			
		ROM		**¿Cuenta con certificado?**			
Dirección:	Cra 4b # 11						
Municipio:	La macarena		**Estrato:**	1	**Barrio:**	Bellavista	
Zona:	**Rural**		**Urbano**	✓	**Telefono:**	3115659072	

2. ACUDIENTE

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

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

3. DOCUMENTOS ANEXOS

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

4. PROTECCION DE DATOS Y CONSENTIMIENTO

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

5. FIRMAS

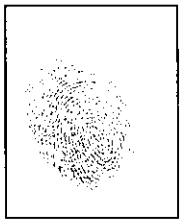
Alinia B.

Firma del adulto mayor

Nombre: Alinia Bonilla de Paz

Relacion con el adulto mayor (si aplica) _____

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



Laudy Poloya

Firma del profesional que realiza la inscripcion

Nombre: Laudy Poloya

Cargo Apx Enfermera

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.173.129
BONILLA De CRUZ
APELLIDOS
ALIRIA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1951
ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

21-ENE-1975 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204100-00326969-F-0021173129-20110825 0027840262A 1 28466382

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 10/24/2025

Ficha: 50350073518800000646

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALIRIA

Apellidos: BONILLA DE CRUZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 21173129

Municipio: La Macarena

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/11/2018

Última actualización ciudadano: 01/12/2018

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: BERSY EDITH ANDRADE MURCIA

Dirección: Calle 4 No 10 - 21 Barrio Cristales

Teléfono: 5603209 - 3232093529

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

3710

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	21173129
NOMBRES	ALIRIA
APELLIDOS	BONILLA DE CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

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:	10/24/2025 08:59:57	**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".

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DEL META S.A.
EDESA S.A. E.S.P.
NIT. 822.006.587-0

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDA	FECHA DE IMPRESIÓN
00000000000000000	0	07-oct.-25

CÓDIGO USUARIO 532926

FACTURA No. 1534105

PERIODO FACTURADO:

3711

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

BONILLAALIRIA(BELLAVISTA)
LA MACARENA
K10 LAS COLINAS

CICLO	RUTA	CLASE DE USO Y ESTRATO	No.MEDIDOR
CICLO 01	402300000	RESIDENCIA 1	1910017791

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN						
CARGO FIJO ACUEDUCTO	1	16.213,93	16.213,93	-11.350		4.864
CONSUMO ACUEDUCTO	8	1.521,09	12.168,70	-8.518		3.651
SUBTOTAL ACUEDUCTO						$ 8.515
SUBTOTAL ALCANTARILLADO						

CONCEPTO	VALOR

OTROS COBROS	
CONCEPTO	VALOR
AJUSTE	5

NO AFORADOS		AFORADOS		FACTOR	CMT	CMT
Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Ton.RS Aprov	Ton.RS No Aprov	Contrib. ó Subs	AC	AL
0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	-70 %	41,00	556,69

Miriah Neise Pastran Moreno
Gerente (E) EDESA S.A.E S.P

M³	Frecuencia de barrido	Frecuencia de recolección
	1	

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994

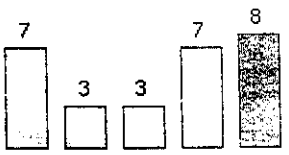
Pague a tiempo, evite suspensión del servicio

ESTADO DE CUENTA Y FINANCIACIÓN

CONCEPTO	CUOTAS	VALOR

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 6,00
NÚMERO DE LECTURA: 00



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m3)
585,00	577,00	8,00

Pague hasta: **27/oct./2025**

Sr. Usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reinstalación.

Cartera Coactivo: $ 0

TOTAL A PAGAR: $ 8.520

FECHA DE SUSPENSIÓN: 29/oct./2025

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO: 532926
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS: 1534105
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)6200053292600 1534105(3900)000000008520(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025	29/oct./2025	$ 8.520

CUFE:
2ae37860ff4d43ab586c3a68903
9680ea1739c8a079992dac5e30
d54eca66477dd4bc942f309a1f7
59003e256e64b03c

edesa S.A. E.S.P.

CÓDIGO USUARIO: 532926
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS: 1534105
LA MACARENA

(415)7709998474055(8020)6200053292600 1534105(3900)000000008520(96)20251029

PAGUE HASTA	FECHA DE SUSPENSIÓN	TOTAL A PAGAR
27/oct./2025		$ 8.520