

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio VILLA DEL ROSARIO (MU-54874) - Contrato

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 6365

Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

Observaciones

DX: F799-M419-M401- RECURSOS PROPIOS

 Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1430060

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

5634939

NUMERO

DIMAS BECERRA

APELLIDOS

CAYO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

08-MAY-1979

MALAGA
(SANTANDER)

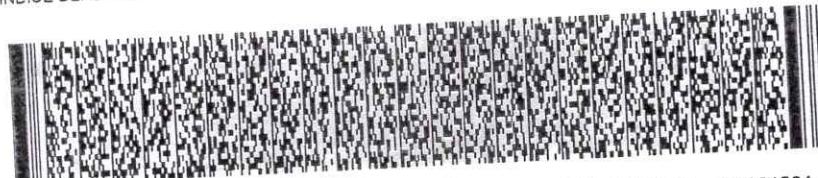
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 O+
ESTATURA G.S. RH

M
SEXO

08-NOV-2001 ENCISO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

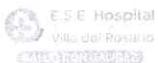
Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2707900-59099124-M-0005634939-20020102

0248502002A 01 102324504

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM



ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 02/12/2024 08:08:33

INGRESO : 1790633

DIMAS BECERRA CAYO

CC - 5634939

Edad : 45 Años 6 Meses 24 Dias

Sexo : Masculino

Nacimiento : 8/05/1979

Teléfono : 3214628917

Dirección : ENCISO SANTANDER

Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN

DATOS BÁSICOS

| | | | |
|-------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|
| OCCUPACIÓN : | 9999 - NO SE TIENE INFORMACION | | |
| NIVEL EDUCATIVO : | Doctorado | PERFENCIENCIA ÉTNICA : | Ninguna de las Anteriores |
| ESTADO CIVIL : | Soltero(a) | NIVEL SOCIECONÓMICO : | 2. Bajo |
| PROCEDENCIA : | VILLA. R | PARENTESCO : | |
| ACOMPAÑANTE : | MARIA ESTRELLA BECERRA. | TELÉFONO : | . |
| DIRECCIÓN : | | | |

MOTIVO DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA : " CONTROL ADULTO "

MASCULINO, ES TRAIDO A CONSULTA DE CONTROL, CON ANTECEDENTE DE RETRASO PSICOMOTOR.

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES

| | | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ANTECEDENTES METÁBOLICOS : | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sobre peso | <input type="checkbox"/> Dislipidemias o Hiperlipidemias |
| ANTECEDENTES CÁNCER : | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Colo Rectal | |
| ENFERMEDADES MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO : | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| | <input type="checkbox"/> Consumo Alcohol | <input type="checkbox"/> Sustancias Psicoactivas | <input type="checkbox"/> Transtorno Afectivo Bipolar |
| ANTECEDENTES PULMONARES : | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Conducta Suicida |
| ANTECEDENTES SENSORIAL : | <input type="checkbox"/> Defecto Refractivos | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| ANTECEDENTES CARDIOVASCULAR : | <input type="checkbox"/> Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Estrabismo |
| DISCAPACIDAD : | <input type="checkbox"/> Sensorial | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Infartos |
| | <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> Coognitiva | <input type="checkbox"/> Psiquica |
| OTROS : | <input type="checkbox"/> Enfermedad Ginecológica | <input type="checkbox"/> Cual : RETRASO PSICOMOTOR. | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad Urológica | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad Musculo-Esquelético |
| | | <input type="checkbox"/> Accidentes Laborales | <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica |

Hospitalización :

Quirúrgicos :

Transfusionales :

Traumáticos :

Farmacológico :

Gineco Obstetrico :

OBSERVACIONES :

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inciso de relaciones sexuales (Aflos) : 0 <input type="checkbox"/> Dificultades durante relaciones sexuales : 0 <input type="checkbox"/> Evacuación <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Lubricación <input type="checkbox"/> Erecpción <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Permeabilidad planeada | <input type="checkbox"/> VIE <input type="checkbox"/> Metamorfosis <input type="checkbox"/> Dificultades durante relaciones sexuales : 0 <input type="checkbox"/> Evacuación <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Lubricación <input type="checkbox"/> Erecpción <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Permeabilidad planeada | OBSERVACIONES : Métodos de anticoncepción : 0 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS | DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS |
| Diferenciación sexual : Identidad de género | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| CONSUMOS Y HABITOS | | CONSUMOS Y HABITOS |
| HABITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD LABORAL | | |
| <p>Actividades para manejo de estrés :</p> <input type="checkbox"/> Espaldares a factores de riesgo <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Ergonómicos <input type="checkbox"/> Oumílicos <input type="checkbox"/> Psicosociales <input type="checkbox"/> Espalzofrenia <input type="checkbox"/> Ambientes | | |
| <p>Actividades realizadas en el tiempo libre :</p> <input type="checkbox"/> Exposiciones a violencias : | | |
| <p>Actividades de testiculo :</p> <input type="checkbox"/> Autogemmen de seno : | | |
| <p>Medidas de fotoprotección :</p> <input type="checkbox"/> A DIARIO <input type="checkbox"/> A DIARIO <input type="checkbox"/> Hábito inestinal | | |
| <p>Medidas de manos :</p> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Frecuencia de higiene general (Baño) : | | |
| <p>Actividades realizadas en el tiempo libre :</p> <input type="checkbox"/> Autogemmen de testiculo : | | |
| <p>Antecedentes tabáquicos :</p> <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Fumarodor | | |
| <p>Número de cigarrillos diarios :</p> <input type="checkbox"/> 0 | | |
| <p>Número de paquetes / año :</p> <input type="checkbox"/> 0 | | |
| <p>Consumo de dietas específicas :</p> <input type="checkbox"/> Grasas saturadas <input type="checkbox"/> Sodio <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Fibra <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas | | |
| <p>Alimentación estandar.</p> | | |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| PRÁCTICAS Y HABITOS | | PRÁCTICAS Y HABITOS |
| ATENCIÓN AL ADULTO | | |
| <p>Actividad física :</p> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Frecuencia : | | |
| <p>Actividad de hidratación general (Baño) :</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | | |
| <p>Número de veces de hidratación Oral al día : 2</p> | | |
| <p>Horas de sueño al día : 6</p> | | |
| <p>Lavado de manos :</p> <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si | | |
| <p>Hábito inestinal</p> | | |
| <p>A DIARIO</p> | | |
| <p>Medidas de fotoprotección :</p> <input type="checkbox"/> A DIARIO <input type="checkbox"/> A DIARIO | | |
| <p>Autogemmen de seno :</p> | | |
| <p>Exposición a factores de riesgo :</p> <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Ergonómicos <input type="checkbox"/> Oumílicos <input type="checkbox"/> Psicosociales <input type="checkbox"/> Espalzofrenia <input type="checkbox"/> Ambientes | | |
| <p>Actividades para manejo de estrés :</p> | | |
| <p>Medidas de manos :</p> | | |
| <p>Actividades realizadas en el tiempo libre :</p> | | |
| <p>Actividades de testiculo :</p> | | |
| <p>Antecedentes tabáquicos :</p> <input type="checkbox"/> SPA <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Fumarodor | | |
| <p>Número de cigarrillos diarios :</p> <input type="checkbox"/> 0 | | |
| <p>Número de paquetes / año :</p> <input type="checkbox"/> 0 | | |
| <p>Consumo de dietas específicas :</p> <input type="checkbox"/> Grasas saturadas <input type="checkbox"/> Sodio <input type="checkbox"/> Azúcar <input type="checkbox"/> Fibra <input type="checkbox"/> Hierro <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Frutas | | |
| <p>Alimentación estandar.</p> | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| DIMAS BECERRA CAYO | | DIMAS BECERRA CAYO |
| CC - 5634939 | | |
| <p>Edad : 45 Aflos 6 Meses 24 Días</p> | | |
| <p>Sexo : Masculino</p> | | |
| <p>Nacimiento : 8/05/1979</p> | | |
| <p>Teléfono : 3214628917</p> | | |
| <p>Dirección : ENCIOSA SANTANDER</p> | | |
| <p>Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN</p> | | |

INGRESO : 1790633
 FECHA : 02/12/2024 08:08:33
 Consulta Externa
 Frecuencia : 02/12/2024 08:08:33
 Dirección : ENCIOSA SANTANDER
 Teléfono : 3214628917
 Sexo : Masculino
 Edad : 45 Aflos 6 Meses 24 Días
 Nacimiento : 8/05/1979
 Frecuencia : SI
 No
 Cuál practicás? :

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 02/12/2024 08:08:33

INGRESO : 1790633

DIMAS BECERRA CAYO

CC - 5634939

Edad : 45 Años 6 Meses 24 Dias

Sexo : Masculino

Nacimiento : 8/05/1979

Teléfono : 3214628917

Dirección : ENCISO SANTANDER

Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN

VALORACIÓN MENTAL

Apariencia :

Comportamiento :

Pensamiento :

Afecto :

Estado de ánimo :

Funcionamiento cognoscitivo :

Funcionamiento Sensorial :

Funcionamiento motor :

Afrontamiento sucesos vitales : Normativo No Normativos**EXÁMEN FÍSICO**

Peso (Kg): 40

Cintura (cm) : 80

Cintura (cm) : 37

Presión Arterial Sístole Diástole

Talla (cms) : 139

Cadera (cm) : 85

Frecuencia Cardiaca : 66

Sentado : 120 80

IMC (kg/m²) : 20.7

ICC : 0.94

Frecuencia Respiratoria : 14

De pie :

Muñeca (cm) : 14

Decúbito :

Examen por ZonasOsteoarticular (*Normal*). CIFOESCOLIOSIS

Craneo (*Normal*). 34tOjos (*Normal*). 34tOídos (*Normal*). 34tNariz (*Normal*). 34tBoca (*Normal*). 34tCuello (*Normal*). 34tTórax (*Normal*). 34tAbdomen (*Normal*). 34tGenitourinario (*Normal*). 34tSistema Nervioso (*Normal*). 34tPiel (*Normal*). 34tMúsculo-Esquelético (*Normal*). 34tNeurológica - Esfera mental (*Normal*). 34tCardio Pulmonar (*Normal*). 34t

PATRONES ANTROPOMÉTRICOSIndice de Masa Corporal IMC (Kg/m²)

Parámetros

IMC (kg/m²) : 20.7

Puntos de Corte

- > = 40
- >=35 a <40
- >=30 a <35
- >=25 a <30
- >= 18.5 a < 25
- < 18.5

Edad : 45 Años 6 Meses 24 Días

Sexo : Masculino

Clasificación Antropométrica

- Obesidad Grado III
- Obesidad Grado II
- Obesidad Grado I
- Sobre peso
- Normal
- Delgadez

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| DIMA'S BECERRA CAYO | | ATENCIÓN AL ADULTO | | CONSULTA EXTERNA | | FECHA : 02/12/2024 08:08:36 | INGRESO : 1790633 | EMPRESA : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN |
| Edad : 45 Años 6 Meses 24 Días | Sexo : Masculino | Nacimiento : 08/05/1979 | Dirección : ENCISO SANTANDER | Edad : 45 Años 6 Meses 24 Días | Sexo : Masculino | Nacimiento : 08/05/1979 | Dirección : ENCISO SANTANDER | Empleo : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN |
| ESPECIALIZACIÓN : E.S.E. Hospital Virgen de Rosario | | | | | | | | |

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 02/12/2024 08:08:31

INGRESO : 1790633

DIMAS BECERRA CAYO

CC - 5634939

Edad : 45 Años 6 Meses 24 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 8/05/1979

Teléfono : 3214628917

Dirección : ENCISO SANTANDER

Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S-SUB- EN INTERVEN

Salud Sexual

- Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual : Aspecto Nutricional EPOC Diabetes Enfermedad Cardiaca
 Enfermedad Cerebrovascular Otra Deseo
- Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual : Funcionalidad Sexual Orientación Sexual Orgasmo
 Excitación Lubricación Erección Evaculación
 Satisfacción Dolor Ejaculación

Observación :

¿Presenta factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva ? Si No**RESULTADOS LABORATORIOS**

Resultado :

Concepto Profesional :

DIAGNÓSTICO

Finalidad de la Consulta : Detección de Alteraciones del Adulto

Causa Externa Consulta : Otra Causa

Diagnóstico Principal : Z008 OTROS EXAMENES GENERALES

Tipo Diagnóstico Principal : Impresión Diagnóstica

Diagnóstico Relacionado 1 : F799 ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE

Diagnóstico Relacionado 2 : M419 ESCALFOSIS NO ESPECIFICADA

Diagnóstico Relacionado 3 : M401 OTRAS CIFOSIS SECUNDARIAS

Diagnóstico Médico :

PCTE CON DX ANOTADOS. QUIEN EGRESA DE CONSULTA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. NORMOTENSO, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE FORMULA TTO. SS PARACLINICOS DE CONTROL. SE DAN RECOMENDACIONES, SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA. CONSULTAR CON RESULTADOS

GOMEZ JIMENEZ JAIRO ANTONIO
C.C. 1094246587
MEDICINA GENERAL



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 | 5634939 |
| NOMBRES | CAYO |
| APELLIDOS | DIMAS BECERRA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NORTE DE SANTANDER |
| MUNICIPIO | VILLA DEL ROSARIO |

Datos de afiliación :

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

Fecha de impresión: 12/03/2024 09:38:33 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

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

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

Registro válido

Fecha de consulta:

28/11/2024

Ficha:

548743531072600035018

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CAYO

Apellidos: DIMAS BECERRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 5634939

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/06/2023

Última actualización ciudadano: 27/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ARTICULO 130 LEY 142/94.
SOMOS AUTORRETENEDORES RES. 0547 DE 25/01/2002 Y GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 0981 DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2020.

Gases del Oriente
S.A. E.S.P.
NIT. 890.503.900-2
CI 10 5-84 OF. 201 EDIFICIO SEADE

TOTAL A PAGAR

\$23,996

Pago Oportuno Hasta
Fecha de Suspensión
Fecha de Expedición

05-MAY-2022
07-MAY-2022
19-ABR-2022

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO
25283914

A40862

DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.
30
Días Facturados
Periodo Facturado
Último Pago

09-MAR-2022-07-ABR-2022
01-ABR-2022

| VALORES EN RECLAMACIÓN | PROCESO |
|------------------------|---------|
| \$0 | |

DATOS DEL SUSCRIPTOR:

Nombre: CARLOS AUGUSTO CHIA
Dirección: CL 7 N # 17 - 92
Barrio: ANTONIO NARIÑO
Municipio: VILLA DEL ROSARIO

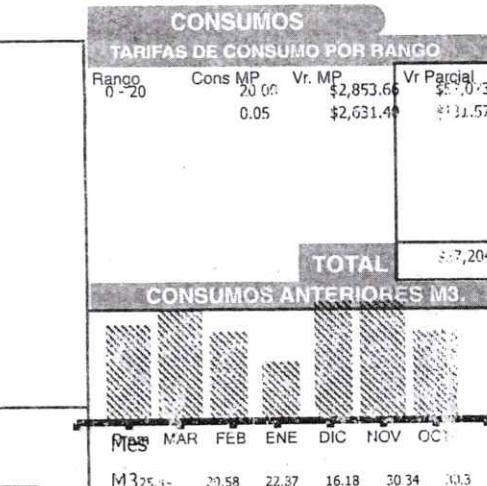
DATOS DE MEDICIÓN

20.05

| CONSUMO MES: | 20.05 |
|---------------------------|--------------|
| Causa Cobro | |
| Consumo Prom | 1792 |
| Lectura Anterior | 1813 |
| Lectura Actual | 21.00 |
| Consumo M3 | 0.9547 X |
| Factor | 20.05 |
| Consumo Corregido | 1043.000 |
| Poder Calorífico (BTU/Pc) | 216.14 |
| Consumo Kw/H | 10.8 |
| Factor Kw/H | |

INDICADORES DE CALIDAD

ESTADO DEL CRÉDITO



COMPONENTES TARIFARIOS

CUvm,J,j 2631.410
Cufm,J,j 2864.720
Gin,J,j 1120.793
Tm,J,j 275.733
Dim,J,j 1210.530
Pcm,J,j 1043.000
Cvm,J,j 0.000
Ccm,J,j 0.000
Tvm,J,j 0.000
Cfm,J,j 2864.720
p 1.750%
TRM 3910.640
Pm 0.000
S651 50.000
%5.52 50.000
alfa 1 0.000%
alfa 2 0.000%
alfa 3 0.000%
alfa 4 0.000%
%C5y6 20.000
%Chr 8.903

SUB-TOTAL

COBROS OTROS CONCEPTOS

| | |
|----------------------|-----------------|
| RES 059 2020 | \$362.96 |
| RES 059 2020 | \$2,130.80 |
| RES 059 2020 | \$1,020.37 |
| RES 059 2020 | \$596.60 |
| RES 059 2020 | \$1,040.91 |
| RES 059 2020 | \$579.29 |
| TOTAL A PAGAR | \$23,996 |

Este papel es ecológico producido por SCCC papel que lleva certificación:

Pague solo en cajas y puntos autorizados por la empresa

- USUARIO -

La manipulación indebida de las instalaciones de gas atenta contra su vida, la de su familia, sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denúncielo en nuestras Líneas de Atención.

*Por su seguridad, la de su familia y vecinos no obstaculice el acceso al centro de medición con ningún tipo de elemento (rejas, maderas, materiales o etc.), el acceso al medidor es necesario al momento de una emergencia. Ley 142 del 94

Vigilado Superservicios NUIR 2-5 4001000-5



(415)770998000674(8020)25283914(3000)0010028690(96)20220506

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO
ELECTRÓNICO
PERÍODO FACTURADO
DOCUMENTO
EQUIVALENTE No.
PAGUE HASTA
TOTAL A PAGAR

A40862
09-MAR-2022-07-ABR-2022
25283914
06-MAY-2022
\$23,996

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.238.473

BECERRA De LIMAS COLOMBIA

APELLIDOS

MARIA ESTRELLA

NOMBRES

Maria Estrella Becerra

FIRMA

REPUBLICA DE
COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1950

MALAGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-ENE-1974 MALAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4001000-00162056-F-0028238473-20090708

0013251905A 2

25269671