

**AUTORIZACION PARA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD EN  
PERSONAS RESIDENTES EN NORTE DE SANTANDER, DE ACUERDO A LINEAMIENTOS DE LA  
RESOLUCION DEL M.S.P.S. No 1197 DE 2024**

**DATOS DEL MUNICIPIO QUE AUTORIZA LA VALORACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD**

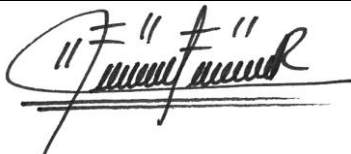
Municipio donde es emitida la autorización	Villa del Rosario
Código Divipola del municipio	54874
Nombre de la entidad que emite la autorización	Secretaría de Salud Municipal
Fecha de solicitud de la autorización	30 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	30 de Julio de 2024

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA**

Nombre Completo	<b>ZORAYDA PEÑA FUENTES</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	60.405.770 de Villa del Rosario
Edad	57 años
Género	Femenino
Dirección	Calle 2 #16-30 Barrio Turbay Ayala
Teléfono fijo	3134732493
No. de Celular (2 números si es posible)	3228798879
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:andreakat1993@hotmail.com">andreakat1993@hotmail.com</a>
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: ( X ) No Aplica: ( )
Nombre Completo del Representante	ANDREA KATHERINE GOMEZ PEÑA
Parentesco de la PcD	Sobrina
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	1.232.390.409 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3026134885

**INFORMACIÓN SOBRE LA ORDEN**

Número de Orden este es el código de autorización de la valoración (este código lo arroja el aplicativo web del RLCPD)	<b>686706</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx's o Dx relacionado con la discapacidad)	B91X – E119
Fuente de Recursos de la autorización	_____ Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios _____ Empresa Privada _____ Recursos de Cooperación Internacional _____ Sistema General de Regalías
Carta de manifestación del pago directo a la IPS del procedimiento de la valoración por parte de la Empresa Privada y datos de contacto del solicitante que presentó a la personas. Cuando aplique.	Si _____ No Aplica _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>No. de Teléfono:</b> _____ <b>Nombre de la Empresa:</b> _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	<b>IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584</b>
Datos de contacto para la asignación de la cita de valoración por equipo multidisciplinario en la IPS (dirección, teléfono, municipio, correo electrónico)	IPS Progresando en Salud, Ubicada en el municipio de Cúcuta, Dirección: <b>Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita</b> Teléfono: <b>3188631534 Para Citas</b> Email: <b>aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com</b>
<b>INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES</b>	
Indicar si la persona requiere que la consulta por equipo multidisciplinario de salud sea institucional o domiciliaria, de acuerdo con lo establecido por el médico tratante.	Consulta Institucional: <u>  X  </u> Consulta Telemedicina: _____ Justificación si requiere consulta domiciliaria: _____ _____
Indicar las necesidades de apoyos y ajustes razonables, cuando el médico tratante las haya establecido, de acuerdo con la siguiente clasificación: a) Movilidad, b) Comunicación y acceso a la comunicación y c) Persona de apoyo.	Si Aplica: _____ No Aplica: _____ Movilidad: _____ Comunicación: _____ Persona de apoyo: <b>X</b> Otro: _____
<b>DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN</b>	
Nombre del funcionario que emite la autorización	Eleane Esther Flórez Ramos
Cedula del funcionario	C.C. No.60.412.223 de Villa del Rosario
Cargo del funcionario que emite la autorización	Técnico Administrativo Secretaría de Salud
Firma del funcionario que emite la autorización	

## 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: 5457

### Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

### Observaciones

DIAGNOSTICOS: B91X - E119



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 686706

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.405.770**

**PEÑA FUENTES**

APELLIDOS  
**ZORAYDA**

NOMBRES  
*Zoraida Peña Fuentes*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1967**

**PAMPLONA**  
(NORTE DE SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.38**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH


**F**  
SEXO

**07-FEB-1991 VILLA ROSARIO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2510000-00129177-F-0060405770-20081118 0006266946A 2 7580003242

	PROCESO DE APOYO	CODIGO: PAAS 0141
	AREA DE TERAPIAS.	VERSIÓN: 01
	CERTIFICADO FISIOTERAPEUTICO DE LIMITACIONES FUNCIONALES.	Página 1 de 1

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido: <u>Pena</u>	2do. Apellido: <u>Fuentes</u>	Nombres: <u>Zorayda</u>	DOCUMENTO: <u>60405770</u>
Edad: <u>54</u>	Estado Civil: <u>Soltera</u>	Escolaridad: <u>Primaria</u>	Género: <u>F</u> <u>X</u> <u>M</u>
Dirección: <u>Cll 5 N-16 30 B Turbay Ayala UPRIO</u>			Teléfono: <u>313/4732493</u>

FECHA: AÑO: 2021 MES: 08 DIA: 25

DIAGNÓSTICO: Secuelas Poliomielitis. Paraplejia Espástica.

### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde el nacimiento presenta lesión Neurológica con afectación sensorial motora y sensitiva diagnosticada como Poliomielitis. A la Valoración presenta Paraplejia Espástica Atrofica, lordosis lumbar, deformidad en equino varo bilateral en pies, rodillas en flexión tipo genu varo que impide la deambulación normal, parestesias e hipuestesia, desplazamiento con ayuda equipos ortésicos. Debilidad muscular marcada, trastorno coordinación y equilibrio. Dificultad para trasladarse por tramos largos e inestables. Semidependiente Act. Básicas Cotidianas Requiere Acompañamiento permanente

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (M. Sens. Def. Abil.)

SUGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

FISIOTERAPEUTA.

"DOCUMENTO VÁLIDO  
PARA TRÁMITES  
CON ALCALDÍA DE VILLA DEL ROSARIO".

20006390

ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 26/07/2024 14:00

INGRESO : 1641729

PENA FUENTES ZORAYDA

CC - 60405770

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 24/06/1967

Teléfono : 3123670700

Dirección : CL 1 N 16-30 TURBAY

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

DATOS BÁSICOS

Ocupación : 9998 - NO APLICA

Nivel Educativo : Básica Secundaria(Bachillerato Básico)

Pertenencia Étnica : Ninguna de las Anteriores

Estado Civil : Soltero(a)

Nivel Socioeconómico : 1. Bajo - Bajo

Procedencia : PAMPLONA

Acompañante : ROSALBA PEÑA FUENTES

Parentesco :

Dirección : CALLE 1 N 16-30 TURBAY AYALA

Teléfono :

MOTIVO DE LA CONSULTA

Motivo de la consulta : "CONTROL DE ADULTEZ"

PACIENTE FEMENINO DE 57 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A CONTROL DE ADULTEZ.

PACIENTE QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS EN LA INFANCIA CON SECUELAS EN MIEMBROS INFERIORES POR ATROFIA Y ACORTAMIENTO DE EXTREMIDADES. CAMINA SOLO CON AYUDA DE APARATOS ORTOPÉDICOS QUE SE CONECTAN

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES

Antecedentes Metabólicos : ☒ Diabetes

☐ Sobrepeso

☐ Dislipidemias o Hiperlipidemias

Antecedentes Cáncer : ☐ Seno

☐ Útero

☐ Ovario

☐ Cervix

☐ Colo Rectal

☐ Estomago

Enfermedades Mentales o del Comportamiento : ☐ Demencia

☐ Depresión

☐ Esquizofrenia

☐ Trastorno Afectivo Bipolar

☐ Consumo Alcohol

☐ Sustancias Psicoactiva

☐ Conducta Suicida

Antecedentes Pulmonares : ☐ EPOC

☐ Asma

☐ Tuberculosis

Antecedentes Sensorial : ☐ Defecto Refractivos

☐ Glaucoma

☐ Estrabismo

Antecedentes Cardiovascular : ☐ Cerebrovascular

☐ Hipertensión

☐ Infartos

Discapacidad : ☐ Sensorial

☒ Física

☐ Cognitiva

☐ Psíquica

☐ Otra

Cual : MIEMBROS INFERIORES

Otros : ☐ Enfermedad Ginecológica

☐ Alergias

☐ Enfermedad Musculo-Esquelética

☐ Enfermedad Urológica

☐ Accidentes Laborales

☐ Enfermedad Neurológica

Hospitalización :

POR PROCEDIMIENTOS

Quirúrgicos :

RECONSTRUCCION DE ROTULAS

Transfusionales :

SE INDAGA Y NIEGA

Traumáticos :

SE INDAGA Y NIEGA

Farmacológico :

GLIBENCLAMIDA 5 MG DIA.

Gineco Obstetrico :

MENARCA 14 AÑOS

SEXARQUIA NIEGA

OBSERVACIONES : ANTECEDENTE DE DM NO INSULINORREQUIRIENTE, POLIOMIELITIS EN LA INFANCIA CON SECUELAS EN MIEMBROS INFERIORES POR ATROFIA Y ACORTAMIENTO DE EXTREMIDADES, CAMINA SOLO CON AYUDA DE

## ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM



## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 26/07/2024 14:00

INGRESO : 1641729

## PEÑA FUENTES ZORAYDA

CC - 60405770

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Dias

Sexo : Femenino

Nacimiento : 24/06/1967

Teléfono : 3123670700

Dirección : CL 1 N 16-30 TURBAY

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

## PRÁCTICAS Y HÁBITOS SALUDABLES

## PRÁCTICAS Y HÁBITOS

Actividad Física : ☐ SI ☒ No

Frecuencia :

Horas de sueño al día : 0

Cuál practica? :

Número de veces de higiene Oral día : 3

Lavado de manos : ☒ SI ☐ No

Frecuencia de higiene general (Baño) :

DIARIAMENTE

Hábito intestinal

DIARIAMENTE A NECESIDAD

Hábito urinario

DIARIAMENTE A NECESIDAD

Medidas de fotoprotección :

NO, SE EDUCA

Autoexamen de testículo :

NO APLICA

Autoexamen de seno :

SI, PERIODICAMENTE

Actividades realizadas en el tiempo libre :

MANUALIDADES

Prevención de accidentes :

SI

Exposición a violencias :

NO

Actividades para manejo de estrés :

SI

Exposición a factores de riesgo derivados del trabajo : ☐ Físicos ☐ Químicos ☐ Ergonómicos ☐ MecánicosAntecedentes toxicológicos : ☐ Alcohol ☐ SPA ☐ Tabaco ☐ Fumador☐ Esquizofrenia ☐ Ambientales  
☐ Psicosociales  
☐ Exposición al humo de leña o carbón  
☐ Ex Fumador

Número de cigarrillos diarios : 0

No. Paquetes / año : 0

Número de años : 0

## HÁBITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD LABORAL

## CONSUMOS Y HÁBITOS

☐ Grasas saturadas  
☐ Verduras☐ Sodio  
☐ Calcio☐ Azúcar  
☐ Hierro☐ Fibra  
☐ Otros☐ Frutas

Consumo de dietas específicas :

DIETA HIPOGLUCIDA

OBSERVACIONES :

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Orientación sexual :

HETEROSEXUAL

Identidad de género

FEMENINO

Inicio de relaciones sexuales (Años) : 0

Número de compañeros sexuales : 0

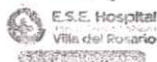
Métodos de anticoncepción : 0

Dificultades durante relaciones sexuales : ☐ Excitación ☐ Lubricación  
☐ Orgasmo ☐ Erección  
☐ Evacuación ☐ Dolor  
☐ OtroDificultades durante relaciones sexuales : ☐ Autonomía ☐ Maternidad planeada  
☐ IVE ☐ Paternidad planeada

OBSERVACIONES :

NIEGA SEXARQUIA

**ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM**



**ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 26/07/2024 14:00

INGRESO : 1641729

**PEÑA FUENTES ZORAYDA**

CC - 60405770

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 24/06/1967

Teléfono : 3123670700

Dirección : CL 1 N 16-30 TURBAY

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

**VALORACIÓN MENTAL**

Apariencia :

SIN APARENTE ALTERACION

Pensamiento :

COHERENTE

Estado de ánimo :

EUTIMICO

Funcionamiento Sensorial :

SIN APARENTE ALTERACION

Afrontamiento sucesos vitales : ☒ Normativo ☐ No Normativos

SIN APARENTE ALTERACION

Comportamiento :

SIN APARENTE ALTERACION

Afecto :

SIN APARENTE ALTERACION

Funcionamiento cognoscitivo :

SIN APARENTE ALTERACION

Funcionamiento motor :

SIN APARENTE ALTERACION

**EXÁMEN FÍSICO**

Peso (Kg): 40  
Talla (cms): 137  
IMC (kg/m2): 21.31  
Mufeca (cm): 17

Cintura (cm): 86  
Cadera (cm): 90  
ICC: 0.96

Cintura (cm): 36.5  
Frecuencia Cardíaca: 78  
Frecuencia Respiratoria: 18

Presión Arterial	Sístole	Diástole
Sentado :	115	80
De pie :	115	80
Decúbito :	115	80

**Examen por Zonas**

Craneo (Normal). NORMOCÉFALO.

Ojos (Normal). PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ.

Oídos (Normal). SE REALIZA OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACION APARENTE EN MEMBRANA TIMPÁNICA NI CONDUCTO

Nariz (Normal). SIN SECRECIONES O ALTERACIONES EVIDENTES

Boca (Normal). MUCOSA ORAL HUMEDA, SIN ERITEMA FARINGEO.

Cuello (Normal). CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS

Tórax (Normal). SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Abdomen (Normal). BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, NO SE PALPAN MASAS NI

Osteoarticular (Anormal). EXTREMIDADES SUPERIORES EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2

Sistema Nervioso (Normal). SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA.

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS

Genitourinario (Normal). 34tPiel (Normal). 34tMúsculo - Esquelético (Normal). 34tNeurología - Esfera mental (Normal). 34t

## ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM



## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 26/07/2024 14:00

INGRESO : 1641729

## PEÑA FUENTES ZORAYDA

CC - 60405770

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Dias

Sexo : Femenino

Nacimiento : 24/06/1967

Teléfono : 3123670700

Dirección : CL 1 N 16-30 TURBAY

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

## PATRONES ANTROPOMÉTRICOS

## Índice de Masa Corporal IMC (Kg/m2)

## Parámetros

IMC (kg/m2) : 21.31

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Dias

Sexo : Femenino

## Puntos de Corte

- ☐  $\geq 40$   
☐  $\geq 35$  a  $< 40$   
☐  $\geq 30$  a  $< 35$   
☐  $\geq 25$  a  $< 30$   
☒  $\geq 18.5$  a  $< 25$   
☐  $< 18.5$

## Clasificación Antropométrica

- ☐ Obesidad Grado III  
☐ Obesidad Grado II  
☐ Obesidad Grado I  
☐ Sobrepeso  
☒ Normal  
☐ Delgadez

## Talla para la Edad (T/E)

## Parámetros

Cintura 86

Edad : 57 Años 1 Meses 2 Dias

Sexo : Femenino

## Puntos de Corte

- ☒  $\geq 80$

## Clasificación Antropométrica

- ☒ Obesidad Abdominal

## VALORAR LA SALUD

## Salud Bucal

## Funcionalidad

- Masticación : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No Evalua  
Deglución : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No Evalua  
Habla : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Fonación : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Socialización : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Afecto v Autoestima : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua

## Estructuras Dentomaxilofaciales

- Cara : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Maxilar v Mandibula : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Labios v Comisura Labiales : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Lengua : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Paladar Duro v Blando : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Orofaringeo : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Estructuras Dentales : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No Evalua  
Articulación Temporomandibular (ATM) : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No Evalua

Masticacion (Anormal).Deglucion (Anormal).Habla

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal? : ☐ Si ☒ No

## Salud Auditiva v Comunicativa

Valoración del estado del oído por :

- Inspección Visual : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Otoscopia : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua

Funciones de la articulación, voz, habla v desempeño comunicativo : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído? : ☐ Si ☒ No¿Cree usted que escucha bien? : ☒ Si ☐ No

Observación :

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual? : ☐ Si ☒ No

## Salud Visual

- Examen Oftalmológico : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No Evalua  
Valoración Agudeza Visual : ☒ Sin Alteraciones ☐ Con Alteraciones

OD : 0 / 0

OI : 0 / 0

AO : 0 / 0

Observación : SE DERIVA A OFTALMOLOGIA POR DM

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual? : ☐ Si ☒ No

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

Consulta Externa

**FECHA :** 26/07/2024 14:00**INGRESO :** 1641729**PEÑA FUENTES ZORAYDA****CC - 60405770****Edad :** 57 Años 1 Meses 2 Días**Sexo :** Femenino**Nacimiento :** 24/06/1967**Teléfono :** 3123670700**Dirección :** CL 1 N 16-30 TURBAY**Empresa :** NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)**Salud Sexual**Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual : ☐ Aspecto Nutricional ☐ EPOC ☐ Diabetes ☐ Enfermedad Cardíaca  
☐ Enfermedad Cerebrovascular ☐ OtraIdentificar condiciones médicas que afectan la salud sexual : ☐ Funcionalidad Sexual ☐ Orientación Sexual ☐ Deseo  
☐ Excitación ☐ Lubricación ☐ Orgasmo  
☐ Satisfacción ☐ Erección ☐ Eyaculación  
☐ Dolor  
☐ EyaculaciónObservación : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_¿Presenta factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva ? ☐ Si ☒ No**RESULTADOS LABORATORIOS**Resultado : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Concepto Profesional : **NO PRESENTA****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 : **B91X** SECUELAS DE POLIOMIELITISDiagnóstico Relacionado 2 : **E119** INSULINODEPENDIENTE SIN

Diagnóstico Relacionado 3 : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico :

PACIENTE QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN, SIN SIGNOS O SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. NORMOTENSA, CON DISCAPACIDAD FISICA EN SUS MMII SECUNDARIO A SECUELAS DE POLIOMIELITIS

PACIENTE DM SIN SEGUIMIENTO POR PROGRAMA RCV, SE SOLICITAN EXAMENES E INGRESO AL MISMO  
SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA PARA SEGUIMIENTO DE SU PATOLOGIA DE BASE CON RX DE CADERA Y MMII

  
PINTO DUEÑEZ YULY ALEJANDRA  
C.C. 1090503737  
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	60405770
NOMBRES	ZORAYDA
APELLIDOS	PEÑA FUENTES
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	07/29/2024 16:07:53	<b>Estación de origen:</b>	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”.



Fecha de consulta:

29/07/2024

Ficha:

54874008552100000124

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ZORAYDA

Apellidos: PEÑA FUENTES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60405770

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/11/2021

Última actualización ciudadano:

18/11/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

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

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

**SOMOS**

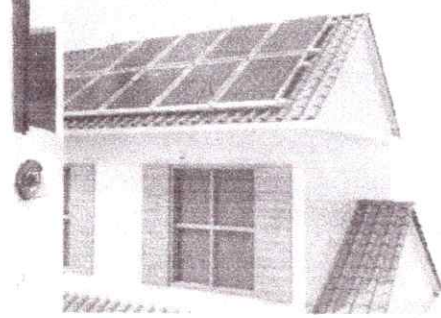


**SOMOS**  
Grupo EPM

Elá merede lo mejor. Con **CredisOMOS** tienes un bono de \$300.000 para el cambio de la nevera.

Llámanos y te contamos como recibirlo:  
**607 582 1715**

Aplicar términos y condiciones



**Energía Solar**

La energía solar, hoy al alcance tu mano conoce más en [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

y solicita tu cotización.

éctrica atenta contra la disponibilidad permanente in energía por un término indeterminado.

**Información de tu instalación**

Periodo Retroactivo	Mes 2	Mes 3
1		

Medidor Activa: 4508044  
Medidor Reactiva:  
Alimentador: ELSC69  
Nivel de tensión: 1  
Carga instalada: 3  
Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a factura presta mérito ejecutivo en virtud del artículo 130 de la ley 142 de 1994 modificado por el artículo 18 de la ley 689 de 2001.  
De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece a continuación, tiene plena validez para todos los efectos legales.

José Miguel González Campo  
Representante Legal

constituyéndose esta condición como una causal de suspensión del servicio de acuerdo a lo establecido en el numeral 4, de la ley 142 de 1994, los recursos de reposición ante CENS S.A. E.S.P. y apelación ante la SSPD, los cuales deberán interponerse por vía de vencimiento de la misma.

**posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a [eselectricasdelns/login](http://eselectricasdelns/login)**

simales - Almacenes Éxito - Ilinorte Bancolombia - Davivienda - Efecty- PTM - Banco de Bogotá - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datáfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



Grupo epm

**Tu Información**

Nombre: M. Cruz  
Dirección: Clif 2 16-30  
Barrio: Turbay Ayala  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512291210

Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 2  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **192938**

Documento equivalente a factura N° - 1074135920

Fecha de emisión: Mayo 14/2024

Tu último pago fue:

03/ENE/2024

Pagaste:

\$20,312

Períodos de atraso: 4



¡Escanear y pagar!

Periodo facturado 09/ABR/2024 a 08/MAY/2024

**Fecha de vencimiento**

Pago oportuno hasta:

**INMEDIATO**

Fecha de suspensión:

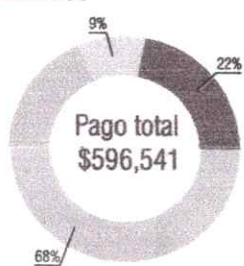
**INMEDIATO**

Días Facturados

**30**

**Servicios Facturados**

Energía	\$407,519
Aseo	\$132,707
Alumbrado Público	\$56,315



**Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115**

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

**Síguenos en nuestras redes sociales**

Descarga la app CENS [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

COLOMBIA  
**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.232.390.409**

**GOMEZ PEÑA**  
APELLIDOS

**ANDREA KATHERINE**  
NOMBRES

**ANDREA GOMEZ PEÑA**  
FIRMA



COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-1993**

**SAN ANTONIO DE TACHIRA**  
**VENEZUELA**  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**04-NOV-2014 VILLA ROSARIO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2510000-00649769-F-1232390409-20141201 0041608518A 1 43274765

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL