

**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>JHON ALEXANDER SOTO TOLOZA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	1.092.348.842 de Villa del Rosario
Edad	32 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 11 #14N-43 Barrio Veinte de Julio
Teléfono fijo	3168095031
No. de Celular (2 números si es posible)	3152181066
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:esperanzatolosagalvis@gmail.com">esperanzatolosagalvis@gmail.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	ESPERANZA TOLOSA GALVIS
Parentesco de la PcD	Madre
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.408.797 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3152181066

**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>711604</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	I694 – I636 – F432 – G404 – Q282
Fuente de Recursos de la autorización	<input type="checkbox"/> Recursos Ministerio de Salud Res No. 403 de 2023 <input checked="" type="checkbox"/> Recursos Propios <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Recursos de Cooperación Internacional <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> <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	Eleana 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	

CC 1092348842 JHON ALEXANDER SOTO TOLOZA

## 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: I694 - I636 - F432 - G404 - Q282



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 711604



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.092.348.842


SOTO TOLOZA

APELLIDOS  
JHON ALEXANDER

NOMBRES

Jhon SOTO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1991

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 0+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-SEP-2009 VILLA ROSARIO


FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2510000-00197513-M-1092348842-20091115 0018054154A 1 26297891

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido: <u>Soto</u>	2do. Apellido: <u>Tolosa</u>	Nombres: <u>Jhon Alexander</u>	DOCUMENTO: <u>1092348842</u>
Edad: <u>30</u>	Estado Civil: <u>Soltero</u>	Escolaridad: <u>Bachiller</u>	Género: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cra 11 14N-43 B. 209 Julio U/Rio</u>			Teléfono: <u>316/8095031</u>


FECHA: AÑO: 2022 MES: 06 DIA: 30

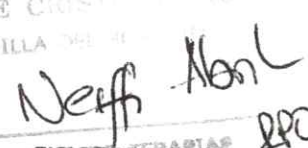
DIAGNÓSTICO: Secuelas Enf Cerebrovascular Hemorrágico (I694)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Hemiplejia Espástica Derecha  
Infarto Cerebral (I636)

<p>Paciente quien hace aprox. 9 meses sufrió crisis hipertensiva causando Enfermedad Cerebrovascular que ocasionó Hemiplejia Espástica Derecha, Recibe tto farmacológico (Carbamazepina 200mg) en Residencia. Magnética se observa Malformación congénita (fenitoina). Presenta patrón sinérgico anormal que limita su movilidad, alteración de la coordinación y el equilibrio, dificultad para el agarre, apoyo y desliza. Parestesias e hipostesia.</p> <p>Semidependiente Actividades Básicas Cotidianas</p>

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Motora-Sensorial)

 <b>MEDICO</b> Alfredo Enrique Parra Medico General CC. 13.168.558 R.M.S. 94
--

 <b>SERVI FISIOTERAPEUTA</b> Neff Abn 22006390
--





HOSPITAL MENTAL  
Rudesindo Soto

## ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500310

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN 00467605  
REGISTRO MÉDICO 00263959  
FECHA 13/06/2023

### CONSULTA EXTERNA

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo
1092348842	JHON ALEXANDER SOTO TOLOZA	CC1092348842	31 A	M
Dirección del Paciente	CUCUTA,,CRR 11 14N -43 BARRIO 20 DE JULIO	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso
Empresa	COOSALUD EPS-S SA	13/06/2023	10:26	13/06/2023
				Hora Egreso
				10:30

Página 2

### RESUMEN DE LA ATENCIÓN

#### EXAMEN FÍSICO

GU : NO EVALUADO

Neurológicos: NO EVALUADO

Columna: NO EVALUADO

Piel y Mucosas: NO EVALUADO

#### EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

##### Estado de conciencia:

ALERTA

##### Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

##### Actitud:

tranquila

##### Afecto:

modulado

##### Pensamiento:

persisten ideas de minusvalia

##### Sensopercepción:

niega

##### Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

##### Introspección:

pobre

##### Funciones mentales superiores

(cognitivas):

NE

#### IMPRESION DIAGNOSTICA

F432 TRASTORNOS DE ADAPTACION

#### PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :13/06/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR  
CAMPEROS C Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL  
O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN

Médico ordena la salida

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C C.C.52264727  
PSIQUIATRIA

#### PRUEBAS ORDENADAS

PSIQUIATRIA Cantidad :1

Fecha :13/06/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR

CAMPEROS C Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL  
O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA Cantidad :1

#### TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :13/06/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR

CAMPEROS C Medicamento :PAROXETINA 20 MG

TABLETA Cantidad :120 Dosificacion :una al  
dia

Fecha :13/06/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR

CAMPEROS C Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE

125MG/5ML Cantidad :16 Dosificacion :10cc en  
la noche

Observaciones :

tratamiento ra 4 meses

#### MOTIVO DE SALIDA

#### CONDUCTA:

refuerzo conceinca de enfermedad, se iniste en  
citas con psicologia, cita en 4 meses, signos  
de alarma

#### MEDICO TRATANTE

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C

Andrea Camperos C.  
ESPECIALISTA PSIQUIATRIA  
C.C. 52.264.727

Firma y Sello del Médico:



HOSPITAL MENTAL  
Rudesindo Soto

# ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN

00467605

REGISTRO MÉDICO

00263959

FECHA

13/06/2023

## CONSULTA EXTERNA

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro. Registro	NOMBRE Paciente	Nro. Atención	Página
1092348842	JHON ALEXANDER SOTO TOLOZA	CC1092348842	1
Dirección del Paciente	CUCUTA,,CRR 11 14N -43 BARRIO 20 DE JULIO		
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso
COOSALUD EPS-S SA	13/06/2023	10:26	13/06/2023
			Hora Egreso
			10:30

## RESUMEN DE LA ATENCIÓN

### MOTIVO DE LA CONSULTA

asiste a control

### ENFERMEDAD ACTUAL

asiste con la mama , paciente en manejo de  
mayoría de conflictos familiares, duerme bien,  
no asiste a psicología

### ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Dificultades con familiares, .

### ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Patológico:

ECV hemorrágico con embolización, malformación  
vascular, hemiplegia izquierda

Medicamentos:

anticonvulsivos, antiepilépticos

### HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Madre

Tipo de Relación:Excelente, Diagnostico  
Psiquiatrico:, Intento de suicidio?:NO,

ilegales?:NO, Edad:42, Vive?:NO, Causa de la  
muerte:, Personalidad:.

Familiar: Padre

Tipo de Relación:Excelente, Diagnostico  
Psiquiatrico:, Intento de suicidio?:NO,

Consume alcohol?:NO, Consume drogas  
ilegales?:NO, Edad:54, Vive?:SI,  
Personalidad:.

### INGESTA DE ALCOHOL

¿Consume Alcohol?:NO,

### METAS O AMBICIONES

¿Dejó el estudio o el trabajo?:NO,

¿Tiene metas o ambiciones?:NO,.

### DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

### DIFICULTADES CON EL SUEÑO:

Hora de Acostarse: Hora de levantarse:

¿FUMA?:NO,

¿CONSUME CAFE?:NO, ¿Cuántas tasas de té  
consume al día?: 0, ¿Cuántos litros de gaseos  
consume al día?: 0.

### REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO  
REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros : NO REFIERE

### EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:13/06/2023(10:27). Talla:165.00.

Peso: 59.00 Ind.Masa:21.6700.

T.A.:126/70, F.C.:, TEMP.: 0.0, F.R.:.

### Observaciones:

### EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NO EVALUADO

Ojos: NO EVALUADO

ORL: NO EVALUADO

Cuello: NO EVALUADO

Torax: NO EVALUADO

Cardio-Pulmonar: NO EVALUADO

Abdomen: NO EVALUADO

Pelvis: NO EVALUADO

Extremidades: NO EVALUADO

Médico ordena la salida

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C C.C.52264727

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

*(Firma manuscrita)*

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C C.C.52264727

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

C.C. 52.264.727





**SALUD SOCIAL S.A.S.**  
**Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco**  
**Teléfono 607 595 6605**

**NEUROLOGIA**  
**HISTORIA CLINICA GENERAL**

N° Historia Clínica: 1092348842

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** JHON ALEXANDER SOTO TOLOZA **Identificación:** Cédula Ciudadanía 1092348842 **Sexo:** Masculino  
**Fecha Nacimiento:** 08/septiembre/1991 **Edad Actual:** 32 Años / 7 Meses / 1 Días **ID de Genero:** Masculino **Raza:** MESTIZO **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** cra 11 14 n- 43 barrio 20 de julio **Teléfono:** 3138328868  
**Barrio:** 20 DE JULIO **Procedencia:** VILLA DEL ROSARIO  
**Ocupación:** **Correo Electronico:** noresponder@previsalud.com.co  
**DATOS DE AFILIACIÓN**  
**Entidad:** COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** COOSALUD MODELO RIESGO NEUROLOGICO SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)  
**Tipo de contrato:** Factura\_Global **Tipo:** Subsidiado

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 48** (Fecha: 09/04/2024 05:10 p. m.)  
**Acompañante:** **Parentesco:** **Teléfono Acomp:**  
**Dirección Resp:** **N° Ingreso:** 1292954 **Fecha:** 9/04/2024 2:32:18 p. m.

**DATOS DE ATENCIÓN**  
**ANAMNESIS**

**Motivo de la Consulta**

Control de su enfermedad.

**Enfermedad Actual**

Paciente masculino de la cuarta década de la vida, historia anotada, ECV hemorrágico por ruptura de malformación arteriovenosa, secuelas neurológicas dadas por epilepsia y hemiparesia derecha, a quien valoro en febrero pasado, le mantuve la medicación que se le ordeno al egreso de la clínica Duarte en julio pasado que de hospitaliza por nueva crisis, asiste a consulta notificando que en la farmacia le informaron del desabastecimiento de la Fenitoína y no se le entregó la misma, solo le ordenaron la Carbamazepina, hoy asiste a control, hace 15 días se le terminó el carvedilol, continúa en terapias rehabilitadoras.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Sistema neurológico	No refiere
Sistema otorrino	No refiere
Sistema respiratorio	No refiere
Sistema cardiovascular	No refiere
Sistema gastrointestinal	No refiere
Sistema genitourinario	No refiere
Sistema osteomuscular	No refiere
Sistema endocrino	No refiere
Sistema linfático	No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras)	No refiere

**EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES**

Nombre reporte : HCEPHistoBase

Uso: 68141415



TAS: 120 /TAD: 80 TAM: 93 NORMAL FC: 78 FR 18 TEMP. 37,00 SO2  
 Peso (Kg) 64,0 Talla (Cms) 169 I.M.C. PESO NORMAL  
 Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

#### EXÁMEN FÍSICO

Estado general: Buen estado general.  
 Cabeza, cara, cuello:  
 Torax  
 Abdomen:  
 Extremidades superiores: Amputacion traumática de falange distal derecho.  
 Extremidades inferiores:  
 Región lumbosacra:  
 Genitourinario:  
 Sistema nervioso central: Consciente, funciones mentales conservadas y acordes al nivel académico, fondo de ojo normal, síndrome piramidal derecho secuelar, marcha paretica.  
 Piel y faneras:

#### ESCALA DE BARTHEL

Comer:  
 Lavarse:  
 Vestirse:  
 Arreglarse:  
 Deposiciones:  
 Micción:  
 Usar el Retrete:  
 Trasládarse:  
 Deambular:  
 Escalones:  
 TOTAL BARTHEL  
 0

#### ANÁLISIS Y TRATAMIENTO

Paciente con historia anotada, ECV hemorrágico por ruptura de malformación arteriovenosa, secuelas neurológicas motoras y de epilepsia, con buen control de las últimas con el esquema actual, asiste a consulta a fin de que se le readecue el tratamiento ya que en la farmacia no se lo entregaron informando desabastecimiento del mismo, al sin crisis epilépticas desde junio 15 de 2023, al examen clínico normal, neurológico sin focalidad, mantengo la medicación, explico al paciente la situación con relación a su medicamento el supuesto desabastecimiento, se le comunica el riesgo de incrementarse las crisis sin la toma del mismo y mas teniendo en cuenta que el tratamiento ha funcionado de forma adecuada y que las crisis que se han presentado en las últimas ocasiones ha sido por la suspensión del mismo, en este caso la Fenitoina, mantengo Fenitoina 100 cada 8 horas, Carbamazepina 200 cada 12 horas, adiciono carvedilol por 2 meses, solicito valoración por internista, control en 4 meses.

#### EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

#### ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Personales	25/11/2022 9:39:12 a. m.	Artesano, niegas tabaquismo o etilismo, HTA recibe Carvedilol, Abuelo materno con HTA.

Fecha Actual : martes, 09 abril 2024

Otros 14/06/2023 4:54:05  
p. m.

Niega cefalea

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascolas en casa
Sustancias			Medida Sustancias	Tiempo Sustancias

Planifica FUP G P A C V E M

EXAMENES	
Código	Nombre

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES
------------------------

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	
Código	Nombre
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS
---

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

890374 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA  
Observación: Control en 4 meses.

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS
---

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS			
Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresion_Diagnostica	G404	OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	Q282	MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE LOS VASOS CEREBRALES	<input type="checkbox"/> Principal
Finalidad Consulta:		No_Aplica	Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS				
CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
227376-02	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA	200 MG		240 TABLETA
Via de administración:		Oral	Duración:	120 Dias
Indicación:		cada 12 horas.		
20005748-07	CARVEDILOL 6.25 MG TABLETA	6.25 MG		60 TABLETA
Nombre reporte : HCRPHistoBase				3/4
				Usuario: 88141415



Fecha Actual : martes, 09 abril 2024

Via de administración: Oral Duración: 60 Días

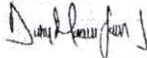
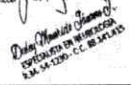
Indicación: al día.

INDICACIONES MEDICAS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

JACOME JACOME DULEY MAURICIO  
NEUROLOGIA  
88141415 o 88141415



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	1092348842
NOMBRES	JHON ALEXANDER
APELLIDOS	SOTO TOLOZA
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:07/30/202409:10:05

Estación de origen:192.168.70.220

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



Registro válido

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874046553500000547

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JHON ALEXANDER

Apellidos: SOTO TOLOZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1092348842

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/09/2023

Última actualización ciudadano:

11/09/2023

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:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

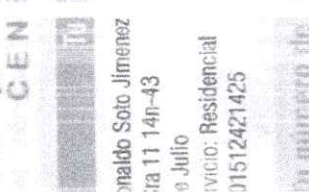
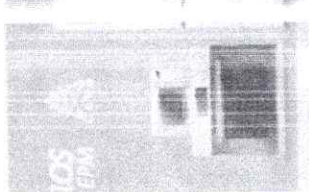
5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

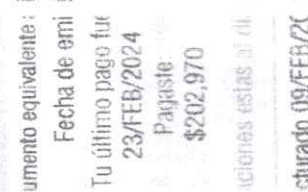
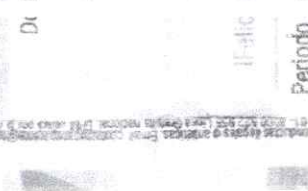
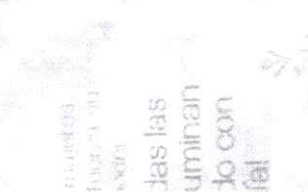


Consejo para  
ahorrar energía



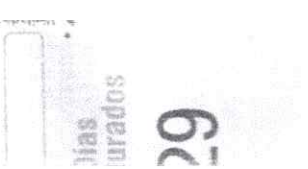
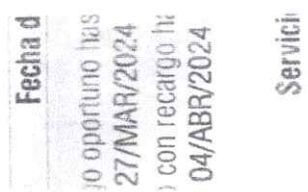
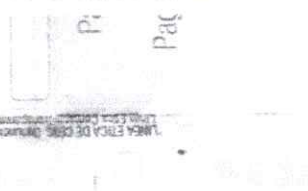
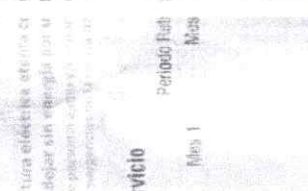
Con este servicio  
reducirás tus  
gastos de energía  
hasta un 15%.

Feliz día a todas las  
mujeres que iluminan  
nuestro mundo con  
su energía.



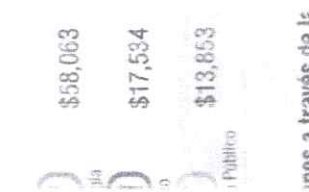
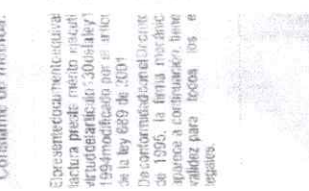
El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.

El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.



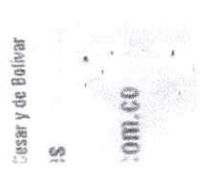
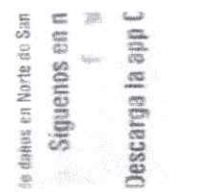
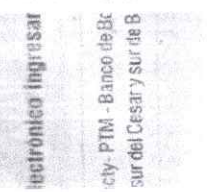
El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.

El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.

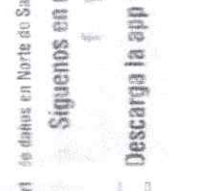
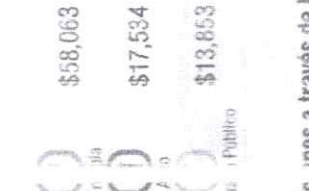
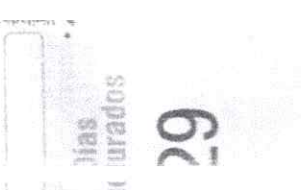
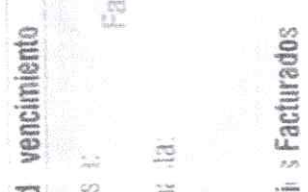
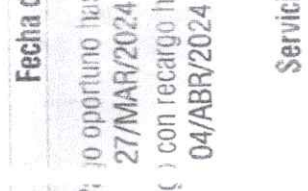
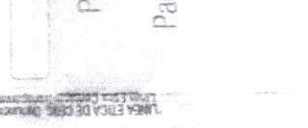
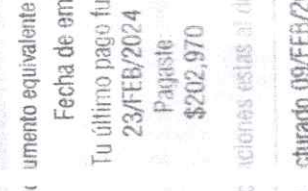
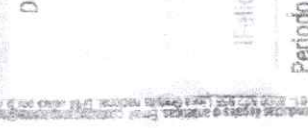
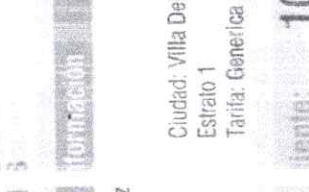
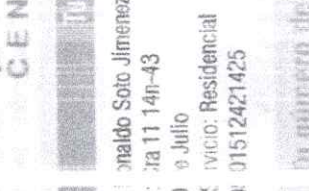
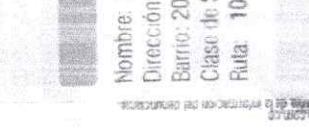


El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.

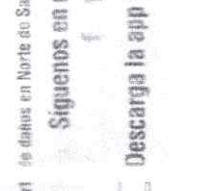
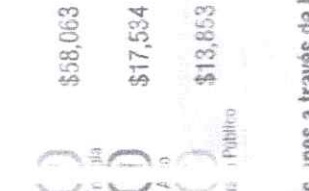
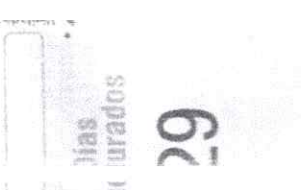
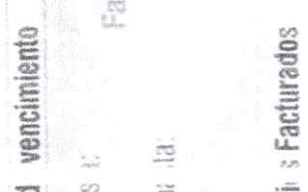
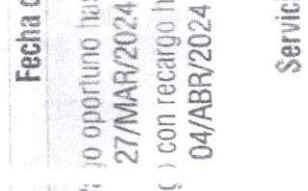
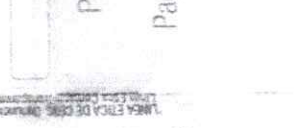
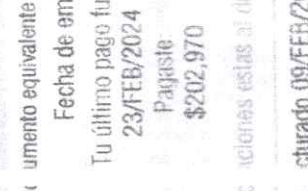
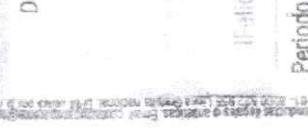
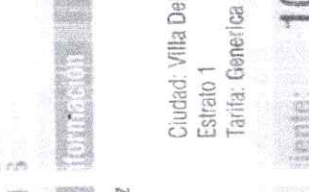
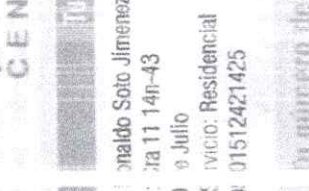
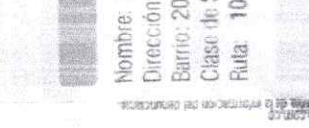
El servicio de internet  
del servicio y se puede  
cancelar en cualquier  
momento.



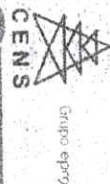
Consejo para  
ahorrar energía



Consejo para  
ahorrar energía







# Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

Con este número puedes hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente: 106150

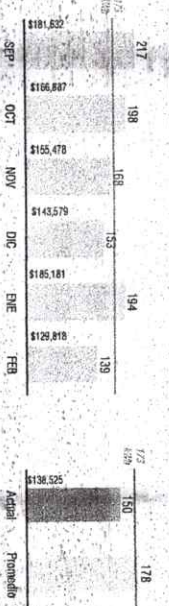
018000 414 115 ó al 115

## Servicio de energía

Generación (G): 371.8284  
Transmisión (T): 49.1985  
Distribución (D): 279.1146  
Costo Unitario \$/kWh: 923.4998  
CONSUNJO SUBSISTENCIA: 173 kWh

Comercialización (CV): 130.6308  
Pérdidas Reconocidas (PR): 83.4491  
Restricciones (R): 9.2784  
Tarifa Aplicada \$/kWh: 381.0803  
FECHA PUBLICACION: 20/FEB/2024  
Subsidio (%): -58.0856

## Histórico de consumo \$/kWh



## Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVA/h
Actual	7472	150	Actual		
Anterior	7322		Anterior		

## Concepto

CONSUNJO ACTIVA	\$ 138,525
SUBSIDIO	\$ -80,463
AJUSTE A LA DECENA	\$ 1

## Valor Mes

Total de energía	\$ 58,063
------------------	-----------

## Estado Financieras / Creditos/DEBITOS

Nº de convenio	Deuda inicial	Tasa Interés	Cuentas Pend.	Deuda actual	Cuentas Fac.
----------------	---------------	--------------	---------------	--------------	--------------

## Servicio de aseo

Empresa: VECOLIA ASEO NORTE DE SANTANDER  
Sitio Web: www.vecolia.com.co/oriente  
Correo: cs.serviciocliente.aseo.oriental@vecolia.com

NTF: 807005020  
Teléfono: 018000950996  
Dirección: AV 4A 84-57 ZONA INDUSTRIAL  
Estrato: 1  
Frecuencia de recolección: 3  
sub/cont (%): 20

Período: 02-2024  
Puerta a puerta: SI  
Costos: 21.918

## Costo Unitario

VBA	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
TRBL	0.0674	15,781
TRBL	0.0586	15,756
TRLU	0.0586	15,750
TRLU	0.0586	15,772
TRA	0.0586	15,922
CUNA	0.0586	15,790
TAFNA		
TRNA		
CTI		

## Concepto

SUBSIDIO ASEO	\$ -4,394
COMERCIALIZACION POR SUSCRIP.	\$ 3,132
COMERCIALIZAC. APROVECHAMIENTO	\$ 939
RECOLECCION Y TRANSPORTE	\$ 9,512
BARRIDO Y LIMP. DE AREAS PUBL.	\$ 3,979
INCENTIVO AL APROVECHAMIENTO I	\$ 716
LIQUIDACION DE LIXIVIADOS	\$ 171
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	\$ 540
DISPOSICION FINAL	\$ 494
	\$ 2,435

## Total de aseo

\$ 17,534

## Impuesto alumbrado público

Cláusula OPSOCU: 25

Sujeto activo (Municipio): Villa Del Rosario

Sujeto pasivo (Contribuyente): Donato Soto Jimenez

Concesionario: Concesión American Lighting S.A.S. Tel: 5644164

Norma municipal que armoniza Acuerdo No. 006 de 2017

Para mayor información comuníquese con la alcaldía de tu municipio y para mantenimiento al operador en la línea: 5644164

Base Gravable: 138,525

## Concepto

Tarifa: 10

## Valor Mes

\$ 13,853

## Total alumbrado público

\$ 13,853



Dale una mano al Medio Ambiente  
Ahora recibe tu factura por correo electrónico  
Ingresa a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)



Por tus servicios pagas

\$ 89,450

## Servicios Facturados

Por tus servicios pagas \$89,450

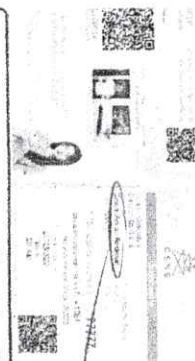


Si tu medidor de energía presenta fallas, contacta la línea de atención nacional

01 8000 414115

Si quieres realizar el cambio de cuenta provisional a definitiva, acércate a nuestras oficinas de atención y actualiza este trámite.

Verifica si tu cuenta es provisional aquí



\$58,063

\$17,534

\$13,853

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.408.797  
TOLOSA GALVIS  
APELLIDOS  
ESPERANZA  
NOMBRES  
ESPERANZA TOLOSA  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-1973  
ENCISO  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.57  
ESTATURA  
O+  
G.S. RH  
F  
SEXO  
20-JUN-1994 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO




A-2510000-00135804-F-0060408797-20061210 0007878236A 1 7580008184