

## **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: R260-F709 - RECURSOS PROPIOS



**Confirmación de Registro**

Autorización registrada exitosamente con código: 835072

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.955.079**

**VELANDIA ESTUPIÑAN**

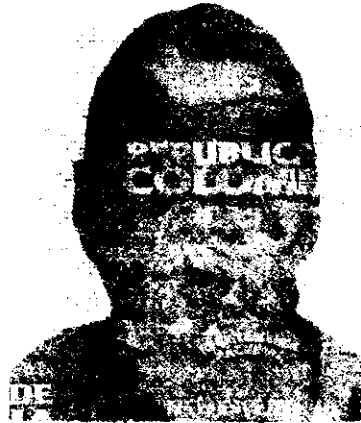
APELLIDOS

**FLOR DE MARIA**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1956**

**SAN MIGUEL**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.45**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

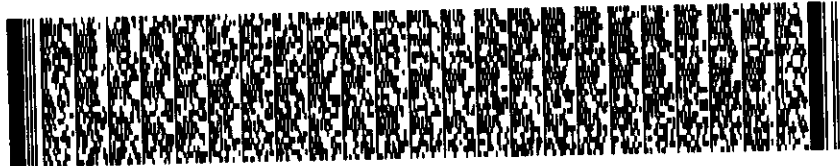
**F**

SEXO

**27-MAY-1988 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

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



A-2510000-00160428-F-0051955079-20090627

0012862713A 1

26247017

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## DATOS BÁSICOS

Ocupación : NO SE TIENE INFORMACION

Nivel Educativo : Ninguno

Estado Civil : Soltero(a)

Pertenencia Étnica : Ninguna de las Anteriores

Procedencia : SAN GREGORIO - VILLA DEL ROSARIO

Nivel Socioeconómico : 1. Bajo - Bajo

Dirección :

Teléfono Acompañante :

Acompañante :

☐ Padre☐ Madre☐ Esposo (a)☐ Hijo (a)☐ Hermano☐ Amigo☒ Otro (Cual) :

SOBRINO

Motivo de la Consulta : " CONTROL DE VEJEZ"

## Enfermedad Actual :

FEMENINA DE 69 AÑOS DE EDAD CON ANT DE HTA + DM II MAL CONTROLADA , QUIEN PARTICIPA EL DIA DE HOY EN LUGAR DE RESIDENCIA EN PROGRAMA DE EQUIPOS BASICO EN COMPAÑIA DE SÑR SOBRINO GERARDO PARA DAR CONTINUIDA A PATOLOGIA DE BASE, REFIERE PACIENTE DEJO DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA PORQUE NUNCA ENTREGABAN FORMULA MEDICA COMPLETA A LA FECHA NIEGA ACUDIR A URGENCIAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS , NIEGA SINTOMAS DE IMPORTANCIA AL MOMENTO DE LA CONSULTA, DADO A ELLO ASISTE EL DIA DE HOY .

## ANTECEDENTES FAMILIARES

## ANTECEDENTES MÉDICO FAMILIARES

ANTECEDENTES  
FAMILIARES :☐ Enfermedades Mentales☐ Convulsiones☐ Alcoholismo☐ Tabaquismo☐ Drogadicción☐ Trastornos Metabolismo Lípidos☐ Hiperlipidemias☐ Infartos a menores de 50 años☐ Mamá hija o hermana con cáncer  
de útero☐ Mamá hija o hermana con cáncer  
de mama☐ Mamá hija o hermana con cáncer  
de ovario☐ Mamá hija o hermana con cáncer  
de ovario☐ Mamá hija o hermana con cáncer  
de cervix☐ Padre o hermano con cáncer de  
próstata☐ Familiar en primer grado con  
cáncer de colon☐ Antecedente de muerte en  
hermanos☐ Trastornos mentales☐ Algún tipo de violencia☐ Problemas en relaciones de los  
progenitores

Otros Antecedentes Familiares :

PRIMA HTA

## HISTORIA FAMILIAR

Situación  
Económica :☒ Dependencia Económica

Relación familiar :

☒ Buena☐ Regular☐ Mala☐ Responsabilidad Económica

Comunicación familiar :

☒ Buena☐ Regular☐ Mala

Nombre Madre :

Apellidos :

Ocupación :

Escolaridad :

Nombre Padre :

Apellidos :

Ocupación :

Escolaridad :

Figura de Autoridad en el Hogar :

## ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Abuelos : NO SABE

Padres : NIEGA

Hermanos : NIEGA

Hijos : NIEGA

## ANTECEDENTES Y ANAMNESIS

## ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES METABÓLICAS☒ Diabetes

LINAGLIPTINA 5 MG DIA

☐ Sobrepeso☐ Dislipidemias☐ OtraENFERMEDADES CARDIOVASCULARES☐ Infartos☒ HipertensiónIBERSARTAN 150 MG DIA --- HTZ 25 DIA ---  
ATORVASTATINA 40 MG DIA☐ Cerebrovasculares

**ENFERMEDADES PULMONARES**☐ EPOC☐ Asma☐ Tuberculosis☒ Enfermedades neurológicas**RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO**

Defectos refractivos

☐ Si ☒ NoEnfermedades  
musculo-esqueléticas :☐ Si ☒ NoEnfermedades mentales o del  
comportamiento :☒ Si ☐ No

Enfermedades ginecológicas

☐ Si ☒ No**RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO**

Enfermedades urológicas

☐ Si ☒ No**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**☐ ITS☐ Otras**CÁNCER**☐ Cuello uterino☐ Seno☐ Próstata☐ Estómago☐ Colorrectal☐ Otro

**ALTERACIONES SENSORIALES****Visuales**☐ Defectos refractarios☐ Glaucoma☐ Estrabismo☐ Otro**Auditivas**☐ CualesEnfermedades o accidentes  
laborales :**DISCAPACIDAD**☐ Sensorial☒ FísicaRETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO☒ Cognitiva☒ PsíquicaRETRASO MENTAL NO ESPECIFICADORETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO☐ Otra

Antecedentes Hospitalarios :

☒ Si ☐ No

POR FRACTURA DE CLAVICULA

Antecedentes Transfusionales:

☐ Si ☒ No

Antecedentes Quirúrgicos :

☒ Si ☐ No

REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DERECHA

Antecedentes de traumatismos

☒ Si ☐ NoCAIDA DE SU PROPIA ALTURA

**EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO DERIVADOS DEL TRABAJO**☐ Físicos☐ Químicos☐ Biológicos☐ Ergonómicos☐ Mecánicos☐ Psicosociales☐ Ambientales**ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS**☐ Alcohol☐ SPA

Tipo de sustancia :

Frecuencia :

Cantidad : 0

Tiempo de consumo :

☐ Tabaco

Número de cigarrillos diarios : 0

Número de años : 0

No. Paquetes /año : 0

**FACTORES DE RIESGO PARA EPOC**Factores de riesgo para EPOC : ☐ Si ☒ No¿Tose muchas veces la mayoría de los días? ☐ Si ☐ No¿Tiene flemas o mocos la mayoría de los días? ☐ Si ☐ No¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad? ☐ Si ☐ No¿Es mayor de 40 años? ☐ Si ☐ No¿Actualmente fuma o es un ex-fumador? ☐ Si ☐ NoResultado Test factores de riesgo para EPOC : ☒ Negativo☐ Positivo

Si contestó, SI a tres o más de las anteriores preguntas, la persona es sospechosa para EPOC y debe ser derivado para manejo y realizarse una prueba simple de respiración. llamada espirometría.

## SINDROMES GERIATRICOS

**DETERIORO COGNITIVO**

¿Se conserva la integridad de las funciones mentales?

☐ SI ☒ No

¿Cuales funciones presentan pérdida o reducción temporal o permante?

☒ Lenguaje☒ Razonamiento☒ Cálculo☒ Memoria☐ Praxias☐ Gnosías☐ Otras**INMOVILIDAD**☒ Presencia de enfermedades osteoarticulares☒ Fracturas

RIGIDEZ MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

CLAVICULA

☐ Debilidad muscular☐ Lesiones en MMII☐ Patología Cardiovascular☒ Trastornos neuropsiquiátricos☐ Otros



**INESTABILIDAD Y CAIDAS**

Debilidad

☐ Si ☒ No

Alteraciones de la marcha

☒ Si ☐ No

Limitaciones de la movilidad

☒ Si ☐ No

ANT DE PARALISIS INFANTIL

Déficit visual

☐ Si ☒ No

ANT DE PARALISIS INFANTIL

Deterioro cognoscitivo

☒ Si ☐ No

Diabetes mellitus Tipo II

☒ Si ☐ No

Hipotensión ortostática

☐ Si ☒ No

Consumo de sedantes

☐ Si ☒ No

Dependencia funcional

☐ Si ☒ No

Entorno (Tapetes, escaleras sin pasamanos, espacios sin luz)

☒ Si ☐ No

Caídas previas

☐ Si ☒ No**INCONTINENCIA DE ESFINTERES**

Incontinencia urinaria

☐ Si ☒ No

Infecciones genitourinarias

☐ Si ☒ No

Delirio

☐ Si ☒ No

Tratamiento farmacológico

☐ Si ☒ No

Alteraciones psicológicas

☒ Si ☐ No

Alteraciones en la movilidad

☒ Si ☐ No

RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

POR ANT PARALISIS INFANTIL

Vejiga acontractil

☐ Si ☒ No

Hiperplasia prostática

☐ Si ☒ No

Deterioro cognitivo

☐ Si ☒ No

Otro

☐ Si ☒ No**DEPRESION**

Pérdida de peso

☐ Si ☒ No

Irritabilidad

☐ Si ☒ No

Insomnio

☐ Si ☒ No

Cambios del estado de ánimo

☐ Si ☒ No

Somatización

☐ Si ☒ No

Pérdida del apetito

☐ Si ☒ No

Hipoacusia

☐ Si ☒ No

Aislamiento social

☐ Si ☒ No**IATROGENIA**

¿Recibe medicamentos en la actualidad?

☒ Si ☐ No

Se identifica interacción medicamentosa

☐ Si ☒ No

ANTIHIPERTENSIVOS + HIPOGLICEMIANTE

Se identifica interacción fármaco – enfermedad

☐ Si ☒ No**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

Orientación sexual:

HETEROSEXUAL

Identidad de genero:

MUJER

Inicio de relaciones sexuales : 0 Años

Número de compañeros sexuales : 0

**DIFICULTADES DURANTE RELACIONES SEXUALES**☐ Excitación☐ Lubricación☐ Orgasmo☐ Erección☐ Eyaculación☐ Dolor☒ Otro

NO INICIO VIDA SEXUAL REFIERE SOBRINO

**TOMA DE DECISIONES ALREDEDOR DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCION**☐ Autonomía☐ Maternidad planeada☐ Paternidad planeada☐ IVE**Observaciones :**

NO INICIO VIDA SEXUAL REFIERE SOBRINO

**PRACTICA Y HABITOS SALUDABLES**

Actividad física :

☐ Sí ☒ No

Frecuencia :

TIPO DE  
ACTIVIDAD :

Número de veces de higiene Oral día : 3

Frecuencia de higiene general (Baño) :

Horas de sueño al día : 8

☐ Más de una vez al día☒ Diario☐ Interdiario☐ Otros (Cual)

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA  
CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## Hábito urinario

C/4H

Lavado de manos :

☒ Si ☐ No

FRECUENTE

Prevención de accidentes :

☐ Si ☒ No

Actividades para manejo de estrés :

☐ Si ☒ No

## Hábito intestinal

1 VEZ AL DIA

Medidas de fotoprotección :

☐ Si ☒ No

Actividades realizadas en el tiempo libre :

☐ Si ☒ No

Exposición a violencias :

☐ Si ☒ No**CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTARIOS**

<input type="checkbox"/> Grasas saturadas	<input type="checkbox"/> Sodio	<input type="checkbox"/> Azúcar
<input checked="" type="checkbox"/> Fibra	<input checked="" type="checkbox"/> Frutas	<input checked="" type="checkbox"/> Verduras
<input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/> Hierro	<input type="checkbox"/> Otros

Observaciones :

NO

Consumo de dietas específicas :

☒ Si ☐ No

HIPOGLUCIDA

**ACTIVIDAD LABORAL O ECONOMICA ACTUAL Y PREVIA**

Edad de inicio de actividad laboral :

NO POR DISCAPACIDAD

Tipo de vinculación laboral :

NO POR DISCAPACIDAD

Carga laboral :

☐ Si ☒ No

Tipo de labor actual :

NO POR DISCAPACIDAD

Antigüedad de la actual actividad laboral :

NO POR DISCAPACIDAD

¿Exposición a factores de riesgo? :

☐ Si ☒ No

Observaciones :

NO POR DISCAPACIDAD

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

## VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## DINÁMICA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## APGAR FAMILIAR

Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun problema y/o necesidad.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input checked="" type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como compartimos en mi familia: a) El tiempo de estar juntos b) Los espacios en casa c) El dinero	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre

Puntaje : 19 Funcionalidad normal

## EXÁMEN FÍSICO

## VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PARAMETROS ANTROPOMETRICOS

Peso Actual : 49 Kg

Talla : 145cms

Frecuencia Cardiaca : 71

Presión Arterial Sístole : 116

IMC : 23.31Kg/m2

PESO IDEAL : 0 Kg

Frecuencia Respiratoria : 18

Presión Arterial Diástole : 71

Clasf. Antropométrica: 4. Normal (18,50 a 24,99)

Oxometria : 98

Ingesta de calorías : ☐ Adecuada ☒ Deficiente ☐ Excesiva

Circunf. pantorrilla\*: 0

Circunf. muscular Brazo\*: 0

Pérdida de peso > a 3 kg : ☐ Si ☐ No

Perím. Cintura \*: 93

Clasf. de resultado : 3.Riesgo muy alto para enfermedad cardiovascular

Observaciones :

Ojos (Normal). PINRAL

Abdomen (Normal). BLANDO , NO DOLOROSO

Osteoarticular (Normal). ALTERACION DE LA MARCHA

Neurología - Esfera mental (Normal). RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

Cardio Pulmonar (Normal). RSCRS , MV AUDIBLE SIN AGREGADOS , NO SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Craneo (Normal). Oídos (Normal). Nariz (Normal). Boca (Normal). Cuello (Normal). Tórax (Normal).

Genitourinario (Normal). Sistema Nervioso (Normal). Piel (Normal). MÚSCULO ESQUELETICO (Normal).

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO

Edad : 69

IMC : 23.31kg/m2

Perím. Abdominal : 93

Presión Arterial Sístole : 116

## TEST FINNIS RISK SCORE (RIESGO DMT2)

¿Realiza normalmente al menos 30 minutos diarios de actividad física? : ☐ Si ☒ No¿Consume a diario de vegetales, frutas y hortalizas? : ☒ Si ☐ No¿Le han recetado alguna vez medicamentos para la presión arterial? : ☒ Si ☐ No¿Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre? : ☒ Si ☐ No

¿Ha habido algún diagnóstico de DM en su familia? :

☒ No☐ Si: abuelos, tíos o primos hermanos (pero no padres, hermanos o hijos)☐ Si: padres, hermanos o hijos

Puntuación total :

17

4. Nivel de riesgo muy alto

## TABLAS DE ESTRATIFICACION DE LA OMS

¿Usted es diabético? ☒ Si ☐ No¿Usted consume algún producto derivado del tabaco?(cigarrillo, puro, pipa, tabaco en polvo o tabaco para mascar) ☐ Si ☒ No

Colesterol total : 0 Colesterol HDL : 0

Interpretación : 1. Riesgo cardiovascular Bajo

## Observaciones :

Devirar a ruta específica :

## VALORACION DE LA SALUD SEXUAL - MADURACION SEXUAL

## IDENTIFICAR CONDICIONES MEDICAS QUE AFECTAN LA SALUD SEXUAL

☐ Aspecto nutricional ☐ EPOC ☐ Diabetes ☐ Enfermedad cardiaca ☐ Enfermedad cerebrovascular ☐ Afasia  
☐ Parkinson ☐ Otra

## FACTORES QUE AFECTAN LA PARTICIPACION O SATISFACCION EN LAS ACTIVIDADES SEXUALES

☐ Funcionalidad sexual ☐ Orientación sexual ☐ Deseo ☐ Excitación ☐ Lubricación  
☐ Orgasmo ☐ Satisfacción ☐ Erección ☐ Eyaculación ☐ Dolor

## Observaciones :

Devirar a ruta específica :

## VALORACION DE LA SALUD VISUAL

Hallazgos examen oftalmoscopico : ☒ Normal☐ Anormalvaloración de agudeza visual : ☒ Con alteraciones☐ Sin alteraciones

OD : No aplica

/ OI : No aplica

/ AO :

## Observaciones :

POR DISCAPACIDA COGNITIVA

Devirar a ruta específica :

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

## VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## VALORACION DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA

Inspección visual : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No valorado¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído? : ☐ Si ☒ NoOtoscopia : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No valoradoFunciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo : ☒ Normal ☐ Anormal ☐ No valorado¿Cree usted que escucha bien? : ☒ Si ☐ No

Observaciones :

Devirar a ruta específica :

## VALORACION DE LA SALUD BUCAL

Estructura del estado dentomaxilofacial : ☐ Normal ☐ Anormal ☒ No valoradoFuncionalidad : ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No valorado

Observaciones :

NO

Devirar a ruta específica :

## VALORACION DE LA SALUD MENTAL

Apariencia y comportamiento ☒ Normal ☐ AnormalLenguaje y comunicación ☒ Normal ☐ Anormal

ACORDE A LA EDAD

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

Pensamiento ☒ Normal ☐ AnormalEstado de ánimo y afecto ☒ Normal ☐ Anormal

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

Funcionamiento cognoscitivo ☒ Normal ☐ AnormalVocabulario ☒ Normal ☐ Anormal

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

Funcionamiento sensorial y motor ☒ Normal ☐ Anormal

PACIENTE CON RESTRASO MENTAL NO ESPECIFICADO

IDENTIFICACION DE RIESGOS☐ Síntomas Depresivos☐ Dependencia funcional☐ Trastornos mentales familiares☐ Consumo problemático de SPA propio, hijos, pareja u otro miembro de la familia☐ Duelo o pérdida significativa☐ Disfuncionalidad familiar☐ Consumo de alcohol☐ Rol de cuidador☐ Deterioro cognitivo

**AUDIT CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL**

PUNTOS : 0

INDICACIONES :

**TEST MINIMENTAL STATE**

PUNTAJE TOTAL : 0

**SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST****PATRON DE INYECCION**

- ☐ Una vez a la semana o menos o menos de 3 días seguidos
- ☐ Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos

**GUIAS DE INTERVENCION**

0

**TEST WHOOLEY**

¿Durante el pasado mes has estado preocupado por sentirte bajo de ánimo, depresivo o sin esperanza?

☐ Si ☐ No

¿Durante el pasado mes ha estado preocupado por tu bajo interés o disminución del placer en la realización de tus actividades?

☐ Si ☐ No

Indicaciones según resultado :

Observaciones :

**TEST GAD- 2**

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido se ha molestado por los siguientes problemas?

1-Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto :

- ☐ Para nada ☐ Algunos días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

2-No poder parar o controlar la preocupación :

- ☐ Para nada ☐ Algunos días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días

PUNTUACION : 0

**ASSIST SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST-PUNTUACION**

	Puntos	Riesgo	Ruta a seguir
Tabaco :	0		
Alcohol :	0		
Cannabis :	0		
Cocaína :	0		
Anfetaminas :	0		
Inhalantes :	0		
Sedantes :	0		
Alucinógenos :	0		
Opiáceos :	0		
Otras drogas :	0		
Drogas inyectadas :	0		



## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

Puntos

Riesgo

Ruta a seguir

Resultado : 0

ZARIT (SOBRECARGA DEL CUIDADO)

Resultado : 0

TEST MINIMENTAL STATE

Resultado : 0

Observaciones :

**VALORACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

Fuerza

☒ Normal ☐ Anormal

ADEUCADO

Sensibilidad

☒ Normal ☐ Anormal

ADEUCADO

Reflejos normales

☒ Normal ☐ Anormal

ADEUCADO

Equilibrio

☒ Normal ☐ Anormal

CAMINA CON APOYO

Coordinación

☒ Normal ☐ Anormal

ADEUCADO

Movimiento posición sentado  
a bipedestación☒ Normal ☐ Anormal

ADECUADA

Pasos, marcha

☒ Normal ☐ Anormal

ADECUADO PARA DISCAPACIDA FISICA

Estabilidad

☒ Normal ☐ Anormal

ADECUAD

**ORDENAMIENTO****CONSULTAS EDUCATIVAS**☐ Educación individual en salud☐ Educación grupal en salud☐ Educación en salud dirigida a la familia

## ACTIVIDAD FISICA

- ☐ Practicar al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en periodos de al menos 10 minutos de duración.
- ☐ Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en periodos de al menos 10 minutos de duración.
- ☒ Practicar al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en periodos de al menos 10 minutos de duración.
- ☐ Las personas con problemas de movilidad deben practicar actividad física para mejorar su equilibrio y prevenir caídas por lo menos 3 días a la semana.
- ☐ Otra frecuencia (Cual) :
- ☐ Actividad física con restricción
- ☐ Contraindicada la actividad física

## ALIMENTACION SALUDABLE

- ☒ Consumo de 5 porciones al día entre frutas y verduras
- ☐ Disminuir consumo de sal
- ☒ Consumo de agua en vez de bebidas gaseosas
- ☐ Otro. Cual:

## INDICE DE BARTHEL

Mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria

PUNTAJE TOTAL : 100 Independencia

## INDICE DE BARTHEL

Tiene como objetivo detectar tempranamente a las personas adultas mayores con pre-fragilidad y fragilidad

PUNTAJE TOTAL : 0 RUBUSTO

## ESCALA DE LAWTON-BRODY

Mide autonomía física de las personas en las actividades instrumentales de la vida diaria

PUNTAJE TOTAL : 2 Dependencia severa

## PLAN DE ACCIÓN CONSULTA

Análisis del Riesgo :

## TEMAS EDUCATIVOS DESARROLLADOS

Autoestima y Cuidado : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Prevención de Maltrato : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Prevención de Accidentes : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Alcoholismo y Farmacodependencia : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Prevención de ITS : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Autoexamen de Mama : SE EDUCA PACIENTE Y SOBRINO

Autoexamen de Testículos :

Intervenciones a Realizar :

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

## VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## VACUNAS Y MULTIVITAMINICOS

ADMINISTRACION DE VACUNA COVIDOTROSPrimera dosisMURIEL MONCADA SINDY TATIANA

TUBERCULOSIS BCG POLIO(Oral-IM) Recien Nacido Unica HÉPATITIS B Recien Nacido De Recien Nacido POLIOMELITIS 2do mes 1ra PENTAVALENTE 2do mes 1ra DIARREA POR ROTAVIRUS 2do mes 1ra NEUMOCOCO(Heptavalente) 2do mes 1ra HÉPATITIS B 2do mes 1ra HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B(Hib) 2do mes 1ra DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS(DPT) 2do mes 1ra POLIOMELITIS 4to mes 2da PENTAVALENTE (DPT Hib HB) 4to mes 2da DIARREA POR ROTAVIRUS 4to mes 2da NEUMOCOCO(Heptavalente) 4to mes 2da HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B(Hib) 4to mes 2da HÉPATITIS B 4to mes 2da DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS(DPT) 4to mes 2ra POLIOMELITIS 6to mes 3ra PENTAVALENTE (DPT Hib HB) 6to mes 3ra INFLUENZA ESTACIONAL 6to mes 1ra DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS(DPT) 6to mes 3ra HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B(Hib) 6to mes 3ra HÉPATITIS B 6to mes 3ra Influenza 7 meses 1 INFLUENZA ESTACIONAL. 7 meses 2da Sarampión y rubéola 6 -11 meses 1 SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS (SRP) 1 año Unica NEUMOCOCO(Heptavalente) 1 año 1er Refuerzo-3 dosis HEPATITIS A 1 año Unica VARICELA 1 año Unica Influenza 1 año Anual Fiebre Amarilla 1 año 1 POLIOMELITIS 18 meses 1er Refuerzo-4 dosis Pentavalente 18 meses 1 Triple Viral 18 meses 1 FIEBRE AMARILLA 18 meses Dosis Unica DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS(DPT) 18 meses 1er Refuerzo-4 dosis FIEBRE AMARILLA 18 meses Unica POLIOMELITIS 5 años 2do Refuerzo-5 dosis DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS(DPT) 5 años 2do Refuerzo-5 dosis VACUNACION CONTRA VARICELA 5 años 1er refuerzo SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS (SRP) 5 años 1er Refuerzo-2 dosis Sarampión - Rubeola - SR (vacuna) NIÑOS DE 1 A 13 AÑOS 1 VPH (vacuna) NIÑAS DE 9 A 18 AÑOS 1 VPH (vacuna) NIÑAS DE 9 A 18 AÑOS 2 Virus del Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 1er Refuerzo-6 dosis Virus de Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 5ta dosis Virus del Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 2da dosis Virus del Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 4ta dosis Virus de Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 3ra dosis Virus del Papiloma Humano (VPH) 4 Grado o > 9 años 1era dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 1ra Dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 2da Dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 3ra Dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 4ta Dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 5ta Dosis TETANO - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil Refuerzo c/d 10 años TETANOS - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 1er refuerzo TETANOS - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 2do Refuerzo TETANOS - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 3er Refuerzo TETANOS - DIFTERIA (TD) Mujer Edad Fertil 4to Refuerzo INFLUENZA ESTACIONAL Gestante Unica DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS (DPT) Gestante Unica Coronavirus - Covid-19 Gestante 1 Coronavirus - Covid-19 Gestante 2 TETANO-DIFTERIA(TD) HOMBRES 1era dosis TETANO-DIFTERIA (TD) HOMBRES 2da dosis TETANO-DIFTERIA (TD) HOMBRES 3ra dosis Sarampión - Rubeola - SR (vacuna) ADULTOS 1 Influenza adulto (vacuna) ADULTOS Dosis Unica Fiebre amarilla (vacuna) ADULTOS 1 VACUNACION ANTIRRABICA OTROS 1era Dosis VACUNACION ANTIRRABICA OTROS 2da dosis VACUNACION ANTIRRABICA OTROS 3era dosis VACUNACION ANTIRRABICA OTROS 4ta dosis TUBERCULOSIS BCG POLIO(Oral-IM) OTROS Otra Dosis ADMINISTRACION VACUNA COVID OTROS Segunda Dosis VACUNACION CONTRA SARAMPION OTROS unica INFLUENZA PEDIATRICA 18 a 60 meses Dosis Unica

Vacunas Pendientes : NO TIENE INFLUENZA LA FECHA

Suministro Sulfato  
Ferroso :

Vitamina A :

## RESULTADOS LABORATORIO

TRIGLICERIDOS TRIGLICERIDOS COLESTEROL TOTAL COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD COLESTEROL HDL COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO COLESTEROL LDL COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL ENZIMATICO Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA PRUEBA RAPIDA SEROLOGIA Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS HIV I Y II Anticuerpos Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS PRUEBA RAPIDA PARA VIH ANTIGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO RESULTADO ANTIGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA) RESULTADO SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL UROANÁLISIS OBSERVACIONES UROA GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS RESULTADO CREATININA Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs] ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO RESULTADO HEPATITIS C ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO ANTIGENO PROSTATICO COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO COLESTEROL LDL AUTO SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL GUAYACO SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] PRUEBA SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL SEROLOGIA PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL SEROLOGIA

## ATENCIÓN A LA VEJEZ

Consulta Externa

FECHA : 18/06/2025 10:47:51

INGRESO : 1980073

VELANDIA ESTUPIÑAN FLOR DE MARIA

CC - 51955079

Edad : 69 Años 3 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 28/02/1956

Teléfono : 3008569874

Dirección : CALLE 1 N 14 34 SAN GREGORIO

Empresa : MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

## DIAGNOSTICO

Finalidad de la Consulta : OTRA

Causa Externa Consulta : Enfermedad General

Diagnóstico Principal : Z008

Tipo Diagnóstico Principal : Confirmado Repetido

Diagnóstico Relacionado 1 : I10X

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Diagnóstico Relacionado 2 : E119

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Diagnóstico Relacionado 3 :

Diagnóstico Médico : FEMENINA CON DX ANTERIORMENTE MENCIONADOS , QUIEN AL MOMENTO DE LA VAL MEDICA ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS, QUIEN AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ALTERACION DE LA MARCHA , ALTERACION DEL PESAMIENTO POR DISCAPACIDA FISICA DADO A ANTECEDENTES , RESTO SIN ALTERACIONES EVIDENTES, DADO A DX PACIENTE QUIEN REQUIERE REINGRESAR A PROGRAMA DE CRONICOS POR LA 3280 DADO A ELLO SE ACTIVA RUTAS , DEJO ORDENES MEDICAS, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

MARTINEZ FERRER MIGUEL MATEO  
C.C. 1093886848  
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	51955079
NOMBRES	FLOR DE MARIA
APELLIDOS	VELANDIA ESTUPIÑAN
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	10/08/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	09/05/2025 09:35:07	<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".

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:

05/09/2025

Ficha:

54874052520200000137

B4

Pobreza moderada

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** FLOR DEMARIA

**Apellidos:** VELANDIA ESTUPIÑAN

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 51955079

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

09/07/2019

**Última actualización ciudadano:**

12/07/2019

**Última actualización vía registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:**

Astrid María Mendoza Cuentas

**Dirección:**

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co

El hurto reiterado de infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y te puede dejar sin energía por un término indeterminado.

Las acciones de presencia de personal ante el hurto de infraestructura eléctrica en el servicio de energía eléctrica son de carácter preventivo y no constituyen un seguro.

**SOMOS**  
Grupo EPM



Participa y celebra con nosotros el aniversario **Somos** en septiembre, deberás:

1. Con este programa puedes comprar tus electrodomésticos y pagarlos con la factura de energía
2. Cuida el medio ambiente comprando este producto en uno de nuestros aliados de movilidad eléctrica.
3. Así se llama uno de los aliados comerciales de CREDISOMOS, que está ubicado en el centro de Cúcuta.
4. Programa de CENS que te entrega beneficios gracias a nuestras alianzas comerciales.
5. En este documento conoces el valor de la cuota que pagas por la compra de tus electrodomésticos.

Para participar y celebrar con nosotros el **Aniversario Somos** en septiembre, deberás:

1. Solucionar la sopa de letras y enviar fotografía al WhatsApp 3102474033
2. Inscribirte en [www.somosgrupoeppm.com](http://www.somosgrupoeppm.com)

Con **Lucia** puedes reportar daños en el servicio de energía

Agrégalala al WhatsApp  
**323 231 5115**



C B I I T C A F V  
F R R M T O O C S V  
A W E H N O L V I T  
C E C D N C E V G R  
T C N D I Y E W O E  
U A Y N R S L F F T  
R F Q O O A O A A O  
A E O M W A K M W O  
Q A O G M G A S O C  
B S A V Q H N J E S



QR DIAN



Grupo eppm

## Tu Información

Nombre: R Reyes  
Dirección: Cll 0 14-75 (cljuela)  
Barrio: San Gregorio  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 01512301350

Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 1  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente:

**106606**

Documento equivalente electrónico  
**1084188085**

Fecha y hora de generación: 2025-08-08 12:38:26  
Fecha y hora de expedición: 2025-08-09 07:59:00

Último pago: 22/JUL/2025

Pagaste: \$190,758

Periodo facturado 05/JUL/2025 a 04/AGO/2025



¡Escanear y pagar!

## Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:  
**27/AGO/2025**

Pago con recargo hasta:  
**02/SEP/2025**

Días  
Facturados

**31**

## Servicios Facturados



Energía

\$149,933



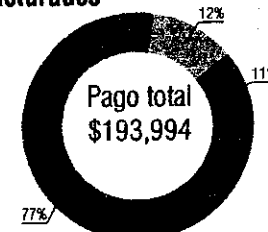
Aseo

\$21,219



Alumbrado Público

\$22,842



## Compensación Calidad del Servicio

Periodo Actual

Periodo Retroactivo

Indicadores	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
C transformador	1T02510-De la Empresa					
DIUG	33.392					
DIU	18.787					
HC	0					
V/R Compensar \$	0					
Ot	293.8167					
Grp.Calidad	21					
FIUG	12					
FIU	8					
VC	0					
CEC	0					
%	2					

## Información de tu instalación

Medidor Activa: 4775690

Medidor Reactiva:

Alimentador: ELSC69

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 1.5

Constante de medida: 1

El presente documento es equivalente a la 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.

*[Firma]*  
José Miguel González Campo  
Representante Legal

Puntos y medios  
de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)  
Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - Coguasimales - Almacenes Éxito - Ifinorte Bancolombia - Davivienda - Efecty- PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Brander - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Caleros y Datáfonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

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 f t i y

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



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

NIT: 890500514-9. Somos Autoretenedores a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002. Grandes Contribuyentes: Resolución No. 000200 del 27 de diciembre de 2024 / Agentes Retenedores IVA.

## Servicio de energía

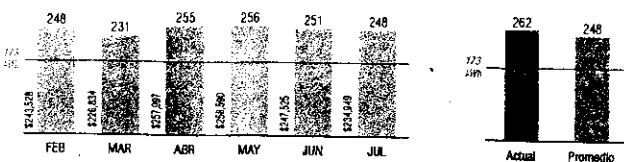
Componentes del costo unitario (\$/kWh)

Generación (G): 265.3432  
Transmisión (T): 54.6881  
Distribución (D): 310.9990  
Costo Unitario \$/kWh: 871.8147

Comercialización (Cv): 137.6868  
Pérdidas Reconocidas (PR): 59.4385  
Restricciones (R): 43.6591  
Tarifa Aplicada \$/kWh: 418.1624  
FECHA PUBLICACIÓN: 21/JUN/2025  
Subsidio (%): -52.0354

CONSUMO SUBSISTENCIA: 173 kWh

## Histórico de consumo \$/kWh



## Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	KVARh
Actual	47911	262	Actual		
Anterior	47649		Anterior		

## Concepto

## Valor Mes

CONSUMO ACTIVA	\$	228,415
SUBSIDIO	\$	-78,482

## Servicio de aseo

Empresa: VEOLIA ASEO NORTE DE SANTANDER  
Sitio Web: www.veolia.com.co/oriente  
Correo: co.servicioalcliente.aseo.orient@veolia.com  
Clase de servicio: RESIDENCIAL - RE  
Frecuencia de barrido: 1  
subs/cont (\$): -5304

NIT: 807005020  
Teléfono: 018000950096  
Dirección: AV 4A 8N-57 ZONA INDUSTRIAL  
Estrato: 1  
Período: 07-2025  
Frecuencia de recolección: 3  
subs/cont (%): 20  
Puerta a puerta: SI  
Costos: 26,523

## Costo Unitario

VBA	174140.27
TRBL	.00137
TRLU	.00023
TRRA	.00002
TRA	.00415
CVNA	198802.77
TAFNA	55.014
TRNA	.06123
CFT	13305

## Histórico

Mes	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
JUL	0.0608	21,455
JUN	0.0612	21,343
MAY	0.0612	21,393
ABR	0.0612	21,284
MAR	0.0612	21,022
FEB	0.0612	17,966

VBA: Valor Base Aprovechamiento / TRBL: Tonelada Barrido y Limpieza / TRLU: Toneladas Limpieza Urbana / TRRA: Toneladas Rechozo de Aprovechamiento / TRA: Toneladas Eléctricamente Aprovechadas / CVNA: Costos Residuos No Aprovechables / TAFNA: Toneladas Residuos No Aprovechados Afiorados / TRNA: Toneladas Residuos No Aprovechados / CFT: Costo Fijo Total.

## Concepto

## Valor Mes

SUBSIDIO ASEO	\$	-5,304
COMERCIALIZACIÓN POR SUSCRIP.	\$	3,376
COMERCIALIZAC. APROVECHAMIENTO	\$	1,013
RECOLECCION Y TRANSPORTE	\$	9,095
BARRIDO Y LIMP. DE AREAS PUBL.	\$	8,501
INCENTIVO AL APROVECHAMIENTO I	\$	716
LIMPIEZA URBANA	\$	415
TRATAMIENTO DE LIXIVIADOS	\$	343
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	\$	722
DISPOSICION FINAL	\$	2,341

## Total de aseo

\$ 21,219

## Impuesto alumbrado público

Clausula CPSCCU: 25

Sujeto pasivo (Contribuyente): R Reyes

Norma municipal que aprueba: Acuerdo No. 025 de 2024\_002 de 2025

Para mayor información comuníquese con la alcaldía de tu municipio y para mantenimiento al operador en la línea: 5644164 Concesión American Lighting S.A.S.

Base Gravable: 228,415

Sujeto activo (Municipio): Villa Del Rosario

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

Tarifa: 10

## Concepto

## Valor Mes

IMPUESTO ALUMBRADO PUBLICO	\$	22,842
----------------------------	----	--------

## Total alumbrado público

\$22,842

## Total de energía

\$ 149,933

## Estado Financiaciones / CreditSOMOS

Nº de convenio	Deuda inicial	Tasa Interés	Cuotas Pend.	Deuda actual	Cuotas Fact.



Recuerda: Las bahías de parqueo en las estaciones de carga son exclusivas para vehículos eléctricos.

Evita hacer uso indebido de estos sitios.



Con este número puedes hacer trámites y pagos  
Reporta daños y emergencias marcando gratis

Número de cliente: 106606

018000 414 115 ó al 115



7 DE AGOSTO

Batalla de Boyacá



## Servicios Facturados

\$149,933

\$21,219

\$22,842

Por tus servicios pagas

\$193,994

Disfruta más tu tiempo

Pagando tu factura de CENS

Sin salir de casa y con total seguridad

Paga por PSE  
utilizando este código QR



Por tus pagos



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **88.189.948**

**REYES VELANDIA**

APELLIDOS

**LUIS GERARDO**

NOMBRES

*Luis Gerardo Reyes*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

**29-MAY-1974**

**SAN MIGUEL**  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70**

**A+**

**M**

ESTATURA

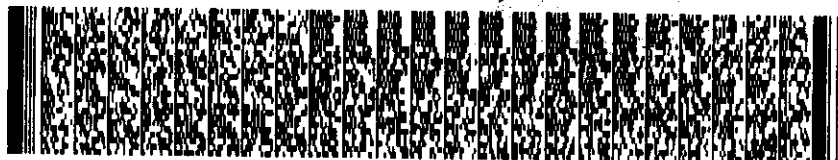
G.S. RH

SEXO

**12-NOV-1992 VILLA ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2510000-00129949-M-0088189948-20081119

0006441711A 1

7590005121