

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.463.042**

RIOS HUERFANO

APELLIDOS

JOSE JAIR

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1962**

SANTA ROSA DE VITERBO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

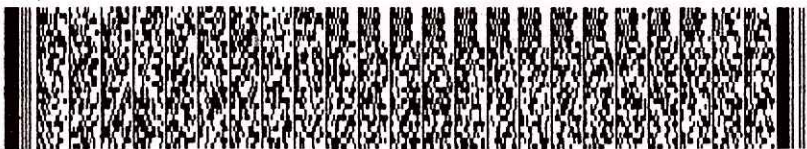
M

SEXO

23-FEB-1981 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2500100-00125782-M-0013463042-20081107

0005481186A 1

7050005434

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, CONSCIENTE,
TRANQUILO Y COLABORADOR.
GLASGOW 15/15
KARNOSKY 40
BARTHEL 15

MOTIVO CONSULTA: VALORO A PACIENTE EN ATENCION DOMICILIARIA EN CONTROL DE PROGRAMA PACIENTES CRONICOS
CON EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA),
PREDIABETES, PARAPLEJÍA SECUNDARIA A TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM), HIPERTRIGLICERIDEMIA,
INCONTINENCIA MIXTA, VEJIGA NEUROGENICA EN CATETERISMO INTERMITENTE CADA 4 HORAS,
SÍNDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA, EN ATENCION DOMICILIAR PROGRAMA CRONICOS, SIN
ACOMPAÑANTE. REFIERE PREVIA VALORACION ANESTESICA 18/06/24 QUIENES DIERON AVAL PARA
REALIZACION DE PROCEDIMIENTO UROLOGICO, ESPERA DE FECHA PARA REALIZACION DE
PROCEDIMIENTO. EN EL MOMENTO VALORO A PACIENTE, QUIEN REFIERE TOLERANCIA A MANEJO
FARMACOLOGICO, NIEGA EMESIS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES O URINARIOS, NIEGA
FIEBRE O INGRESOS A URGENCIAS RECIENTES.

PARACLINICOS :

ANTECEDENTES :

QUIRURGICOS: COLECISTECTOMIA.

TRANSFUSIONALES: NIEGA.

TRAUMA TICOS: HERIDA POR ARMA DE FUEGO CON TRAUMA RAQUIMEDULAR HACE 22 AÑOS.

HOSPITALIZACIONES: POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO CON TRAUMA RAQUIMEDULAR HACE 22 AÑOS.

PATOLOGICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA), PREDIABETES, PARAPLEJÍA SECUNDARIA A TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM),
HIPERTRIGLICERIDEMIA, INCONTINENCIA MIXTA, VEJIGA NEUROGENICA EN CATETERISMO INTERMITENTE CADA 4 HORAS,
SÍNDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA.

TOXICOLOGICOS: NIEGA.

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR
(Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y
LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal).
GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 82 kg

Temperatura : 36 Â°C

Presion Arterial Sistolica: 120 mmHg

Talla : 176 cm

Frecuencia Respiratoria : 19 V x Min

Presion Arterial Diastolica : 72 mmHg

I.M.C. : 26.47 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 83 V x Min

EXA MEN FISICO :

Craneo (Normal). NORMOCÉFALO, SIN LESIONES NI MASAS.

ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMO REACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSAS HÚMEDAS, SIN LESIONES.

Cuello (Normal). CUELLO MÓVIL SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS NO INGURGITACIÓN YUGULAR. NO SE OBSERVAN TIRAJES SUPRACLAVICULARES. NO PRESENCIA DE CICATRICES. NO DANZA CAROTIDEA.

Tórax (Normal). TORAX NORMOEXPANSIBLE SIMÉTRICO, SIN TIRAJES INTERCOSTALES, RETRACCIONES, NI MASAS.

Abdomen (Normal). ABDOMEN BLANDO,DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN PRESENCIA DE MASAS, NI MEGALIAS, PERISTALTISMO PRESENTE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

Osteoarticular (Normal). PARAPLEJIA POSTRAUMATICA DE MIEMBROS INFERIORES, EUTROFICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEG.

Sistema Nervioso (Normal). CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, NO SIGNOS MENINGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esquelético

Cardio Pulmonar (Normal). CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS REGULARES SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, SIN SOBREGREGADOS PULMONARES

OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal).

PLAN DE MANEJO :

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL (Cantidad: 1) CONTROL EN 1 MES.

ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA (Cantidad: 10) 10 SESIONES POR MES.

GUANTE ESTERIL T: 7.5 (Cantidad: 300) 2 UNIDADES CADA 5 HORAS, POR 30 DIAS, 300 UNIDADES TOTALES. PARA ASEO GENERAL Y SONDAGE VESICAL INTERMITENTE.

CREMA DE OXIDO DE ZINC AL 25% ANTIPAÑALITICA. (Cantidad: 1) 1 UND CADA 30 DÍAS POR 30 DIAS VÍA TOPICO PARA ZONAS DE PRESION.

ORDEN MEDICA MEDICAMENTOS (Cantidad: 9) 3 UND CADA 10 DÍAS POR 30 DIAS

GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4 % + CETRIMIDA 1 % JABON LIQUIDO, FRASCO 120ML #9 UNIDADES PARA 30 DIAS.

LOSARTAN 50 MG TABLETA (Cantidad: 60) 1 UND CADA 12 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

METFORMINA CLORHIDRATO 850MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) 500 MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

OXIDO ZINC + NISTATINA (20%+100000UI)/GR CREMA (Cantidad: 4) 1 UND CADA 7 DÍAS POR 30 DIAS VÍA TOPICO

NISTATINA + OXIDO DE ZINC CREMA TOPICA 60GR, APLICAR EN CADA CAMBIO DE PAÑAL VÍA TOPICA, POR 30 DIAS.

TIAMINA 300 MG TABLETA (Cantidad: 30) 1 UND CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VÍA ORAL

DIAGNOSTICO :

R32X - INCONTINENCIA URINARIA NO ESPECIFICADA - (Confirmado Repetido)

Z740 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON MOVILIDAD REDUCIDA

S342 - TRAUMATISMO DE RAIZ NERVIOSA DE LA COLUMNA LUMBAR Y SACRA

M621 - OTROS DESGARROS (NO TRAUMATICOS) DEL MUSCULO

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON DX:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10X).

PREDIABETES (R730).

PARAPLEJÍA SECUNDARIA A TRAUMA RAQUIMEDULAR (S342).

HIPERTRIGLICERIDEMIA (E785).

INCONTINENCIA URINARIA DEBIDO A VEJIGA NEUROGENICA EN CATETERISMO INTERMITENTE CADA 4 HORAS (R32X).

INCONTINENCIA FECAL (R15X).

DESGARRO MUSCULAR EN TOBILLO Y MUSLO IZQUIERDO POSTACTIVIDAD FISICA EN ESTUDIO (M621).

SINDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA (Z740).

SE RECOMIENDA SEGUIR LAS INDICACIONES DADAS POR MEDICO, TOMAR MEDICAMENTOS TODOS LOS DIAS TAL CUAL COMO SE INDICA, CUIDADOS DE LA PIEL, PIES E HIGIENE ORAL, AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y ALIMENTOS RICOS EN FIBRA, EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE CAFEINA, SODIO, GRASAS Y ALCOHOL Y EL BAJO CONSUMO DE POTASIO. SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACION DE LA CONCIENCIA (SOMNOLENCIA)***, CONVULSIONES, DOLOR EN EL PECHO IRRADIADO, PALPITACIONES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, MAS DE 3 VOMITOS EN 1 HORA, DIARREA (MAS DE 10 DEPOSICIONES EN 24 HORAS), NO TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SENSACION DE MAREO, SANGRADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, INTENSO DOLOR TORACICO, PERDIDA DE SENSIBILIDAD O MOVILIDAD DE ALGUNA EXTREMIDAD, SINCOPE O DESVANECIMIENTO.

SE EDUCA SOBRE RIESGO DE CAIDAS.

SE EDUCA SOBRE EL ADECUADO LAVADO DE MANOS.

SE EDUCA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

SE EDUCA SOBRE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE IPS CLINICAL HOUSE

SE EDUCA SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS. SE EDUCA SOBRE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE IPS CLINICAL HOUSE. SE EDUCA SOBRE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA LA ATENCION DEL USUARIO EN IPS CLINICAL HOUSE. SE EDUCA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA, RECONOMIENTO DE ESTOS Y ACUDIR A URGENCIAS SI SE PRESENTAN.

SE ENTREGA MATERIAL EDUCATIVO FAMILIAR/CUIDADOR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, FIRMA ENTREGA DE DOCUMENTO.



CONSULTA DOMICILIARIA

FECHA : 28/06/2024 13:45

INGRESO : 31528

Edad : 61A 8M 23D

Sexo : Masculino

Nacimiento : 9/10/1962

Telefono : 3156105219

Direccion : AV 8 NUMERO 6N 43 BR SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Empresa : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. - EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION - C

ANA LISIS :

VALORO PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA), PREDIABETES, PARAPLEJÍA SECUNDARIA A TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM), HIPERTRIGLICERIDEMIA, INCONTINENCIA MIXTA, VEJIGA NEUROGENICA EN CATETERISMO INTERMITENTE CADA 4 HORAS, SINDROME DE MOVILIDAD REDUCIDA, EN ATENCION DOMICILIAR PROGRAMA CRONICOS. GLASGOW 15/15, ESCALA FAC: 0 PUNTOS, SIN CRITERIOS DE ASIGNACION PARA CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA (1 PUNTO), SCORE BARTHELL PARA DEPENDENCIA FUNCIONAL TOTAL (15 PUNTOS), REFIERE PREVIA VALORACION ANESTESICA QUIENES DIERON AVAL PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO UROLOGICO, ESPERA DE FECHA PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO. ACTUALMENTE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, OXIGENO AL AMBIENTE. EN QUIEN SE INDICA ESPERA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, CONTINUAR CON FORMULA MEDICA INSTAURADA, SE RENUEVA ORDEN, CONTROL DOMICILIAR MENSUAL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

PLAN:

- 1.CONTROL MEDICINA DOMICILIAR CRONICO MENSUAL
 - 2.TIAMINA TABLETAS 300MG, TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL, POR 30 DIAS.
 - 3.LOSARTAN TABLETAS 50MG, TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS, VIA ORAL POR 30 DIAS.
 - 4.METFORMINA TABLETAS 850MG, TOMAR 1 TABLETA CADA DIA, VIA ORAL POR 30 DIAS.
 - 5.VITAMINA C TABLETAS 500MG, TOMAR 1 TABLETA AL DIA VIA ORAL, POR 30 DIAS.
 - 6.PAÑALES TALLA L, UNA UNIDAD CADA 6 HORAS X 3 MESES (**FORMULA VIGENTE HASTA JULIO**).
 - 6.NISTATINA + OXIDO DE ZINC CREMA TOPICA 60GR, APLICAR EN CADA CAMBIO DE PAÑAL VIA TOPICA, POR 30 DIAS.
 - 7.OXIDO DE ZINC CREMA TOPICA 25 % 500GR, APLICAR EN ZONAS DE PRESION CADA 8 HORAS VIA TOPICA, POR 30 DIAS.
 - 8.TERAPIAS FISICAS DOMICILIARES 10
- DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. 9.SE

****INSUMOS****

INSUMOS DE SONDAGE INTERMITENTE: SONDA HIDROFILICA GENTLECATH 14FR 40CM (INDICADA POR UROLOGIA, FORMULA VIGENTE POR 3 MESES).

INDICO INSUMOS PARA ASEO GENERAL Y SONDAGE VESICAL PARA 30 DIAS: GUANTES ESTERILES 7.5 #300 UNIDADES, GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4 % + CETRIMIDA 1 % JABON LIQUIDO FRASCO 120ML #9 UNIDADES.

SE SOLICITA TERAPIA FISICA DOMICILIARIA PARA 1 MES.

PENDIENTE URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA + CISTOSCOPIA TRANSURETRAL + URETROPLASTIA BAJO SEDACION.

***PENDIENTE**

PROGRAMACION PROCEDIMIENTO UROLOGIA

SEGUIMIENTO UROLOGIA.

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA SEGUIR LAS INDICACIONES DADAS POR MEDICO,

TOMAR MEDICAMENTOS TODOS LOS DIAS TAL CUAL COMO SE INDICA, CUIDADOS DE LA PIEL, PIES E HIGIENE ORAL, AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y ALIMENTOS RICOS EN FIBRA, EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE CAFEINA, SODIO, GRASAS Y ALCOHOL Y EL BAJO CONSUMO DE POTASIO. SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA: DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACION DE LA CONCIENCIA (SOMNOLENCIA)***, CONVULSIONES, DOLOR EN EL PECHO IRRADIADO, PALPITACIONES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, MAS DE 3 VOMITOS EN 1 HORA, DIARREA (MAS DE 10 DEPOSICIONES EN 24 HORAS), NO TOLERANCIA A LA VIA ORAL, SENSACION DE MAREO, SANGRADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, INTENSO DOLOR TORACICO, PERDIDA DE SENSIBILIDAD O MOVILIDAD DE ALGUNA EXTREMIDAD, SINCOPE O DESVANECIMIENTO.

SE EDUCA SOBRE RIESGO DE CAIDAS.

SE EDUCA SOBRE EL ADECUADO LAVADO DE MANOS.

SE EDUCA SOBRE DERECHOS Y DEBRES DE LOS USUARIOS

SE EDUCA SOBRE LA POLITICA INSTITUCIONAL DE IPS CLINICAL HOUSE

SE EDUCA SOBRE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA LA ATENCION DEL USUARIO EN IPS CLINICAL HOUSE.

MURIEL WATANABE PAOLA ANDREA
C.C. 1090488270
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	13463042
NOMBRES	JOSE JAIRO
APELLIDOS	RIOS HUERFANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:07/02/202415:38:54

Estación de origen:192.168.70.220

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



Fecha de consulta:

02/07/2024

B5

Ficha:

54874001553400000351

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JOSE JAIRO

Apellidos: RIOS HUERFANO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 13463042

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

04/11/2021

Última actualización ciudadano:

16/12/2021

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

"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

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última



Gases del Oriente
S.A. E.S.P.
NIT 890 503 900-2
CI 10 5-84 OF 201 EDIFICIO SEADE

ESTA FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO ARTICULO 130 LEY 142/94
SOMOS AUTORRETEENEDORES RES 0547 DE 25/01/2002 Y GRANDES CONTRIBUYENTES
RES DIAN 012220 DEL 26 DE DICIEMBRE DE 2022

CÓDIGO USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO ELECTRÓNICO

80029

TOTAL A PAGAR \$30.970

Pago Oportuno Hasta 29-ABR.-2024

Fecha de Suspensión 30-ABR.-2024

Fecha de Expedición 12-ABR.-2024

DOCUMENTO
EQUIVALENTE No. 30626433

Días Facturados 30

Periodo Facturado 05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

Ultimo Pago 27-MAR.-2024

VALORES EN RECLAMACIÓN

VALORES
\$0

PROCESO

Atraso: 0

DATOS DEL SUSCRITOR:

Nombre: NANCY ESTHER RAMIREZ JAIMES

Estrato: 1

Ruta: 602035104631

Dirección: CR 8 # 6 N - 43

Clase de Uso: DOM

Medidor No.: 0901229260

Barrio: SANTANDER

Ciclo: 35

Intereses de Mora % 2,411

Municipio: VILLA DEL ROSARIO

Intereses Corriente % 2,411

DESCRIPCION DEL COBRO

CONCEPTO	VALOR
Consumo	\$67.436,53
Subsidio	-\$36.469,68
Ajuste decena	\$3,15

SUB-TOTAL \$30.970

COBROS OTROS CONCEPTOS

TOTAL A PAGAR \$30.970

CUPO DISPONIBLE \$2.200.000

DATOS DE MEDICIÓN

CONSUMO MES: 18,99
Causa Cobro
Consumo Prom
Lectura Anterior 4104
Lectura Actual 4124
Consumo M3 20,00
Factor 0,9495 x
Consumo Corregido 18,99
Poder Calorífico (BTU/Pc) 1069,00
Consumo Kw/H 210,03
Factor Kw/H 11,06

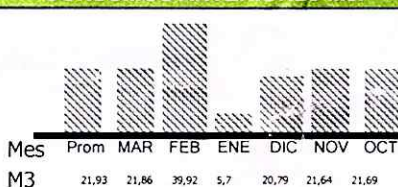
CONSUMOS

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGO

Rango	Cons MP	Vr. MP	Vr. Parcial
0 - 20	18,99	\$3.551,16	\$67.436,53

TOTAL \$67.436,53

CONSUMOS ANTERIORES M3.



COMPONENTES
TARIFARIOS

CUm.uj	3269,410
Cufm.uj	3321,800
Gm.uj	1700,050
Tm.uj	269,940
Dm.uj	1326,240
PPCm.uj	1069,000
Cvm.uj	0,000
Com.uj	0,000
Tvm	0,000
Cfm.uj	3321,800
p	-1,380%
TRM	3933,560
Pm	0,000
%S1	54,080
%S2	42,610
alfa 1	0,000%
alfa 2	0,000%
alfa 3	0,000%
alfa 4	0,000%
%CSyS	20,000
%Cm	8,900

INDICADORES DE CALIDAD

DES: IPLI: IO: IRST:

ESTADO DEL CRÉDITO

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA				NUEVO SALDO DE CAPITAL	CUOTAS PEND.
	SALDO ANTERIOR DE CAPITAL	ABONO CAPITAL S	INT. FINANCIACIÓN S	VR. CUOTA		

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

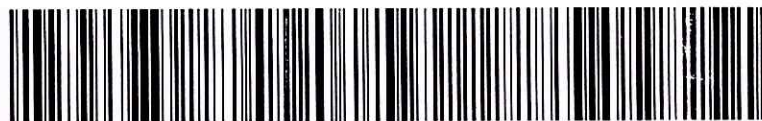
*Por su seguridad, la de su familia y vecinos no obstaculice el acceso al centro de medición con ningún tipo de elemento (rejillas, materas, materiales o etc.), el acceso al medidor es necesario al momento de una emergencia. Ley 142 del 94

Energía para siempre

Apreciado usuario, recuerde. El pago oportuno de su factura le evitará la suspensión del servicio y un posible reporte negativo ante las centrales de Riesgo (Art. 12, Ley 1266 de 2008)

Vigilado Superservicios NUIR 2-5 4001000-5

ESCANEA Y PAGA



(415)7709998000674(8020)30626433(3900)0000030970(96)20240429



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

80029

05-MAR.-2024-03-ABR.-2024

30626433

29-ABR.-2024
\$30.970

FAVOR NO COLOCAR SELLOS SOBRE EL CÓDIGO DE BARRAS

PAGUE SOLO EN CAJAS Y PUNTOS AUTORIZADOS POR LA EMPRESA

- USUARIO -

RECAUDADOR

DETECCIÓN DE FUGAS

Al terminar la jornada, cierre las válvulas de paso del gasodoméstico y tome lectura del medidor, al día siguiente tome nuevamente lectura y si ésta es diferente es probable que haya fuga de gas. Solicite su revisión en las líneas de atención o en la oficina de servicio al cliente.

INFORMACIÓN

Son solidarios en las obligaciones y derechos adquiridos en el contrato de servicios públicos; el propietario o poseedor del inmueble, suscriptor o usuario. Ley 689/2001 Art. 18.

La seguridad de las instalaciones y acometidas internas es responsabilidad absoluta y solidaria del propietario poseedor, suscriptor o usuario de la red. Ley 142/1994 Art.132

FORMULA PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONSUMO

Lectura actual - lectura anterior = consumo m³ x factor de corrección
= consumo corregido m³

APLICA LA RESOLUCION CREG 241 DE 2015, 186 DE 2013, 186 DE 2014 Y 152 DE 2018.
PARA EL CALCULO DE SUBSIDIO DE ESTRATO 1 Y 2

% S1: Porcentaje subsidio consumo primeros 20 m³ estrato 1.

% S2: Porcentaje subsidio consumo primeros 20 m³ estrato 2.

% C 5 & 6: Porcentaje contribución consumos estratos 5 y 6.

% C nr: Porcentaje contribución consumo no residencial.

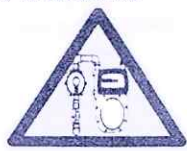
TRM: Tasa representativa del mercado.

CONVENCIONES COMPONENTES TARIFARIOS GAS NATURAL

APLICA LA RESOLUCIÓN CREG 137 DE 2013

Gm,i,j	Costo Promedio unitario en (\$/m ³) correspondiente a las compras de gas combustible, destinado a usuarios regulados, aplicable en el mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j.
Tm,i,j	Costo Unitario en (\$/m ³) correspondiente al transporte de gas combustible, destinado a usuarios regulados aplicable en el mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j, incluye los costos de transporte por gasoducto (Tm,i,j), y/o transporte terrestre de gas combustible (TVm,i,j) y/o compresión (Pm,i,j) de Gas Natural Comprimido (GNC).
Dm,i,j	Costo expresado en (\$/m ³) por uso del Sistema de Distribución de gas combustible destinado a usuarios regulados, aplicable en el mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j.
fpcm,i,j	Factor multiplicador de poder calorífico aplicable al componente del costo de distribución del mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j.
Cvm,i,j	Componente variable del costo de comercialización expresado en (\$/m ³) del gas combustible por redes de tubería destinado a usuarios regulados aplicable en el mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j.
Ccm,i,j	Costo unitario expresado en (\$/m ³), correspondiente a la confiabilidad del servicio de gas combustible aplicable en el mes m.
Cfm,i,j	Componente fijo del costo de comercialización expresado en pesos por factura del gas combustible por redes de tubería destinado a usuarios regulados aplicable en el mes m, en el Mercado Relevante de Comercialización i y atendido por el comercializador j.
P	Pérdidas reconocidas

POR TU SEGURIDAD



Denuncie en nuestras líneas de atención cualquier tipo de manipulación; y no permita que se coloque en riesgo su vida, la de su familia y vecinos. Absoluta Reserva.



La revisión de las instalaciones internas de gas natural es su obligación. Puede escoger entre el organismo inscrito antes Gases del Oriente S.A.E.S.P o cualquier organismo de Inspección acreditado ante la ONAC. Solicite y programe su revisión periódica en nuestras líneas de Atención al Usuario

PUNTOS Y HORARIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO CÚCUTA, LOS PATIOS Y VILLA DEL ROSARIO

☎ Calle 10 N° 5-84 Of. 201 Edificio Seade

☎ Lunes a Viernes de 7:00 am a 5:00 pm
☎ Sabados de 8:00 am a 12:00 m

☎ Av. Cero N° 6-06 Barrio Lleras

☎ Lunes a Viernes de 7:00 am a 5:00 pm
☎ Jornada continua
☎ Sabados de 8:00 a 12:00 pm

PAMPLONA

☎ Calle 8 b No. 5-79
☎ Pasaje Los Miserables

☎ Lunes a Viernes de 7:30 am a 11:30 am y de 2:00 pm a 5:30 pm
☎ Sabados de 9:00 am a 12:00 m

EL ZULIA

☎ Calle 6 N° 2 - 51 El Centro

☎ Lunes a Viernes de 7:30 am a 12:00 m y 2:00pm a 5:00pm
☎ Sabados de 8:00 am a 11:00am

CHITAGÁ

☎ Cr 6 N°6 - 32 Huican

☎ Calle 4 N 4 - 72 Centro

TOLEDO

☎ Cl 12 N° 7 - 07 El Progreso

☎ KDX 97 AV. 2 CL. 2/3

GIBRALTAR

☎ KDX - 106 Via Central

OFICINA VIRTUAL

www.gasesdeloriente.com.co

**TENEMOS UN CUPO
APROBADO PARA TI**

\$2.200.000



**ESCANEA
PARA REGISTRARTE**

Disfruta de este y mas beneficios por estar al día con el servicio de gas.

PUNTOS DE RECAUDOS AUTORIZADOS

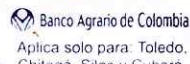
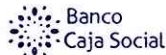
Pagos en línea



Recaudo en punto físico



BANCOS



Aplica solo para: Toledo, Chitagá, Silos y Cubará.

"Visita nuestra página WEB escaneando el siguiente Código QR, En donde podrá realizar consultas, peticiones y ver las novedades de Gases del Oriente

www.gasesdeloriente.com.co



Gases de Oriente SA ESP se acoge a la implementación de las Res. CREG 048 de Abril del 2020 y Res. CREG 109 de Junio del 2020, que permiten aplicar una menor tarifa de manera transitoria para el pago del servicio de gas natural domiciliario, de manera obligatoria para los estratos 1 y 2.

Ayúdanos a reforzar los comportamientos éticos y la cultura anti-fraudes en la Compañía, reportando cualquier novedad a

www.Grupoinvercolsa.ethicspoint.com o comunicándose al 018000 518 4893

COMUNICATE CON NOSOTROS

Servicio al Cliente

Emergencias y Fugas

PBX 607 5 748888

☎ 018000 999 188

☎ 164 - Emergencias

☎ 3105845521

REPRESENTANTE LEGAL

INDICADORES DE CALIDAD
DES: Duración equivalente de interrupción de servicio
IPT: Índice de presión en líneas individuales
IO: Índice de obstrucción
IRST: Índice de respuesta a servicio técnico



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.368.685

RAMIREZ JAIMES

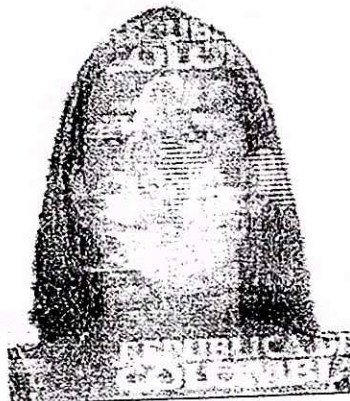
APELLIDOS

NANCY ESTHER

NOMBRES

Nancy Ramirez Jaimez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1975

RAGONVALIA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S RH

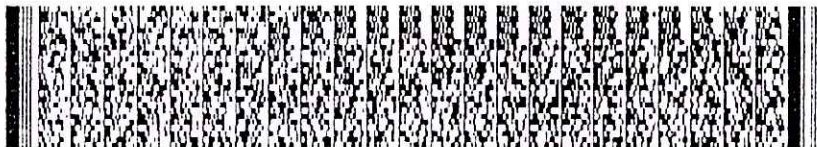
F

SEXO

27-SEP-1993 CUCUTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2500100-00126279-F-0060368685-20081109

0005652080A 1

7050005455

Cuidadocia

**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	23 de Julio de 2024
Fecha de expedición de la autorización	23 de Julio de 2024

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA A SER VALORADA

Nombre Completo	JOSÉ JAIRÓ RÍOS HUERFANO
Tipo de Documento Identidad	R.C. () T.I. () C.C. (<input checked="" type="checkbox"/>) Otro ()
Número de Documento de Identidad	13.463.042 de Cúcuta
Edad	61 años
Género	Masculino
Dirección	Carrera 8 #6N-43 Barrio Santander
Teléfono fijo	3156105219
No. de Celular (2 números si es posible)	3228634293
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	Jairorios91062@outlook.es
Datos de identificación y contacto del representante de la persona a ser valorada, en aquellos casos que aplique.	Si Aplica: (<input checked="" type="checkbox"/>) No Aplica: ()
Nombre Completo del Representante	NANCY ESTHER RAMIREZ JAIMES
Parentesco de la PcD	Esposa
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	60.368.685 de Cúcuta
Teléfono fijo y/o No. de celular	3228634293

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)	1138115
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dxs o Dx relacionado con la discapacidad)	R32X – Z740 – S342 – M621
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"/> Nombre: _____ No. de Teléfono: _____ Nombre de la Empresa: _____

Nombre de la IPS en la cual se autoriza realizar la valoración en la vigencia 2021	IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S. NIT: 900876584
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: Calle 11 # 8-15 Barrio La Palmita Teléfono: 3188631534 Para Citas Email: aux.gestion.ipsprogresando@gmail.com
INFORMACIÓN SOBRE AJUSTES RAZONABLES	
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: X Otro: _____
DATOS DE QUIEN AUTORIZA LA ORDEN	
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	