

## 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: Q909 - R441



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1000823

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
NUMERO **60406940**

**ANGARITA ACEROS**  
APELLIDOS

**ANA LIBIA**  
NOMBRES

*Angarita*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1973**  
**CAPITANEJO**  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.48**  
ESTATURA

**O-**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**20-MAY-1992 VILLA ROSARIO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUEQUE ESCOBAR



A-2510000-55099422-F-0060406940-20020429 0495202/116A 01 102244111



**REMISION DE PACIENTES**

**A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES**

PARA: Certificado De Discapacidad DE: Area De terapias

**B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

1er. Apellido: <u>Angañta</u>	2do. Apellido: <u>Aceros.</u>	Nombres: <u>Ana Libia</u>
EDAD	Días	Meses
Años <u>38</u>	SEXO F: <input checked="" type="checkbox"/>	M: <input type="checkbox"/>
Residencia actual del paciente (Dirección, Barrio, Municipio)		Teléfono:
<u>Calle 18 N° 17-45 1ro de Mayo</u>		No. H.C:
Persona Responsable del paciente (nombre y relación del parentesco) <u>Maria Aceros (Madre).</u>		

**C. SOLICITUD DE ATENCION**

Fecha de Remisión	Médico que remite	Servicio al cual se remite
Año: <u>2012</u> Mes: <u>10</u> Día: <u>08</u>	<u>Carolina Cantar</u>	<u>C. Discapacidad</u>
Remitido por primera vez:	Por la misma patología	
SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	

**D. ORDENAMIENTO**


1. Resumen y anamnesis y examen físico	5. Complicaciones
2. Fecha y resultado de exámenes de diagnóstico	6. Tratamientos aplicados
3. Resumen de la evaluación	7. Motivo de Remisión
4. Diagnóstico	8. Firma y código de la persona responsable

Paciente femenina de 38 años de edad con Diagnóstico de Síndrome de Down, Grado De Discapacidad Moderado, Discapacidad Motora, Cognitiva, Lenguaje y Auditiva, Estado civil Soltera, Grado Escolaridad analfabeta. Presenta Dolor generalizado en Miembros inferiores a los Movimiento, Realiza Marcha con Regular Equilibrio, y Destreza Aumenta Polígono de Sustentación, Alteradas las fases de la Marcha choque de Talón y Balanceo. La paciente. Manifiesta Dolor lumbosacro a los Movimientos y Cambios de posición en las actividades de la Vida Diaria es Semidependiente en vestido baño. Grado De Discapacidad Moderado puntación 80%.

E.S.E. HOSPITAL LOCAL  
 "JORGE CRISTO SAHUM"  
 VILLA DEL ROSARIO

SERVICIO DE TERAPIAS



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

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Anguila</u>	2do. Apellido <u>Acenos</u>	Nombres <u>Ana Lirio</u>	DOCUMENTO: <u>60406940</u>
Edad: <u>47</u>	Estado Civil: <u>Soltera</u>	Escolaridad: <u>—</u>	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: <u>Cll 18 N° 17-45B. 1º Mayo U/Rio</u>		Teléfono: <u>301 / 7788239</u>	

FECHA: AÑO: 2021 MES: 02 DIA: 12

DIAGNÓSTICO: Síndrome Down

### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien desde el nacimiento presenta trastorno neurológico diagnosticado como Síndrome Down, adyuto presenta soplo cardiaco, trastorno de la conducta y el comportamiento, Retraído, ~~Se~~ NO. cumple ordenes sencillas ni complejas, presenta Retardo del Aprendizaje, Adyuto Recibe Ho permanente por la Tiroides, Obesidad, hiperlaxitud ligamentosa, trastorno comunicacional, Disartria, Dificultad para tener contacto con el medio externo. Requiere Acompañamiento permanente.

Semidependiente Act. Básicas Cotidianas

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MULTIPLE MODERADA (Motor-Mental-lenguaje)

SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

FISIOTERAPEUTA

Neiff

SERVICIO DE TERAPIAS

RP006390



	PROCESO DE APOYO
	AREA DE TERAPIAS.
	<b>VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE LIMITACIONES FUNCIONALES.</b>

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	DOCUMENTO:
Angarita	Acera	Ana Liria	60406940
Edad: 50	Estado Civil: Soltera	Escolaridad: —	Género: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección: Cra 10 N°46-81 B. La Palmira 0/Rio		Teléfono: 301 7780239	


FECHA: AÑO: 2023 MES: 12 DIA: 27

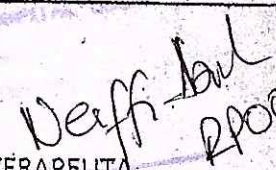
DIAGNOSTICO: Síndrome Down (Q909)

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA: Insomnio (F510)

Paciente quien desde el nacimiento presenta Trastorno Neurosensorial diagnosticado como Síndrome Down. A la Valoración presenta Trastorno de la conducta y el comportamiento, Irritabilidad ocasional, Adjuvante presenta Insomnio, hipotiroidismo, ha sufrido Traumatismo craneoencefálico leve, cumple órdenes sencillas no complejas, Trastorno de la comunicación. Dependiente de todas las Actividades de la Vida Diaria. Madre cuidadora de la tercera edad. Requiere Acompañamiento permanente.

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MENTAL SEVERO

 Álvaro Enrique Parra Médico General CC. 13.165.558 R.M. 3794 MEDICO
--

 Verónica FISIOTERAPEUTA RPO06390
---



CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA CONCIENTE ORIENTADA

MOTIVO CONSULTA: EXAMENES

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS QUE ACUDE A LECTURA DE EXAMENES TOMADOS EL 23 NOVIEMBRE 2023 ADEMÁS PRESENTA INSOMNIO DE MESES DE EVOLUCION

PARACLINICOS : C HEMATICO Y P ORINA NORMAL GLICEMIA 101 MG/DL COLESTEROL TOTAL 247 MG/DL HDL 50 MG/DL LDL 167 MG/DL TRIGLICERIDOS 152 MG/DL CREATININA 1,2 MG/DL TSH 0.92

## ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: CLIMATERIO DESDE LOS 43.

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATOLÓGICOS: TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO?/ HIPOTIROIDISMO SINDROME DE DOWN, HIPELIPEMIA MIXTA/ INSOMNIO

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

## REVISION POR SISTEMAS :

NEUROPSIQUIATRICO (Normal). INSOMNIO

RESPIRATORIO (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 : 55 kg

Temperatura : 37 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 150 cm

Frecuencia Respiratoria : 17 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 78 mmHg

I.M.C. : 24.44 kg/m2

Frecuencia Cardíaca : 78 V x Min

## EXÁMEN FÍSICO :

Tórax (Normal). CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS

Neurología - Esfera mental (Normal). SIN DEFICIT

Cardio Pulmonar (Normal). RUIDOS CARDIAOS RÍTMICOS

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal).

ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL

(Normal). MÚSCULO - ESQUELÉTICO (Normal).

## PLAN DE MANEJO :

TIAMINA TABLETA GRAGEA O CAPSULA X 300 MG (Cantidad: 20) 20 UND

TOMAR UNA TAB AL DÍA POR 20 DÍAS

AMITRIPTILINA TABLETAS 25 MG (Cantidad: 10) 10 UND

TOMAR MEDIA TAB EN LAS NOCHES

## DIAGNÓSTICO :

F510 - INSOMNIO NO ORGANICO - (Impresión Diagnóstica)

DIETA SALUDABLE BAJA SODIO CARBOHIDRATOS GRASAS HARINAS REALIZAR EJERCICIO MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA POR 40 MINUTOS

CASTRO DAVILA MAURICIO  
C.C. 12228836  
MEDICINA GENERAL



CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: CONCINEET ALERTA ORIENTADO

MOTIVO CONSULTA: CONTROL MEDICO

ENFERMEDAD ACTUAL : PACINEET FMEIENA DE 49 AÑOS DE EDAD CON CUADRO D EHIPTSISMOA, NATCNDET DE SND DOWN. TRA PARALCICBNSIO PARA VALORACION. TSH 11.6. PERFILLIPDIOC LEVADO.PERFIL RNEAL LIMTE.ÉRFILGLCUCMIO NORMAL.

PARACLINICOS : NO TRAE

## ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: CLIMATERIO DESDE LOS 43.

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATÓLOGICOS: TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO?/ HIPOTIROIDISMO SINDROME DE DOWN, HIPELIPEMIA MIXTA/ INSOMNIO

TOXICOLÓGICOS: 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). ENDOCRINOLOGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

## SIGNOS VITALES

Peso : 0 kg

Temperatura : 0 °C

Presión Arterial Sistólica: 0 mmHg

Talla : 0 cm

Frecuencia Respiratoria : 0 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 0 mmHg

I.M.C. : 0 kg/m2

Frecuencia Cardiaca : 0 V x Min

## EXÁMEN FÍSICO :

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

## PLAN DE MANEJO :

LEVOTIROXINA TABLETA DE 75 MG (Cantidad: 90) 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS AYUNAS

MEDICAMENTO (Cantidad: 90) ROSUVASTATINA TAB 40 MG. 1 UN CADA 24 HORAS POR 90 DIAS POR LAS NOCHES

CROTAMITON 10% LOCION FRASCO X 60 ML (Cantidad: 2) APLICRA TODAS LAS NOCHES

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS (Cantidad: 1) CONTROL 3 MESES

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE (Cantidad: 1) CONTROL 3 MESES

## DIAGNÓSTICO :

E039 - HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO - (Impresión Diagnóstica)

E785 - HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

B86X - ESCABIOSIS

LO ANOTADO

## ANÁLISIS :

PAICNETE CLINICA Y HEMODINAMHET ESTABLE.

LAGUADO PRADA CHRISTIAN ALEXIS

C.C. 1092335333

MEDICINA GENERAL



CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA , ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS

MOTIVO CONSULTA: " PACIENTE CON DELIRIOS"

**ENFERMEDAD ACTUAL :** FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON ANT DE SX DE DONW QUIEN INGRESA EL DIA DE HOY EN COMPAÑIA DE HERMANA ( SÑR AURA ANGARITA ) DADO POR CC DE 3 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN IDEAS DE PERSECUSION CONCOMITANTE ALUCINACIONES VISUALES , POR ENDE ASISTE , FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE SE GOLPEO LA CABEZA HACE AÑOS CON ESTUDIOS DE TAC . EN OCASIONES LE TOMA RABIA A PERSONAS Y SE LAS TOMA PERSONALMENTE .

**PARACLINICOS :****ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: CLIMATERIO DESDE LOS 43.

QUIRÚRGICOS: NIEGA

TRANSFUSIONALES: NIEGA

TRAUMÁTICOS: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO LEVE

HOSPITALIZACIONES: NIEGA

PATÓLOGICOS: TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO?/ HIPOTIROIDISMO SINDROME DE DOWN, HIPELIPEMIA MIXTA/ INSOMNIO

TOXICÓLOGICOS: 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 : 54.9 kg

Temperatura : 36.32 °C

Presión Arterial Sistólica: 115 mmHg

Talla : 148 cm

Frecuencia Respiratoria : 16 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 75 mmHg

I.M.C. : 25.06 kg/m2

Frecuencia Cardíaca : 85 V x Min

**EXÁMEN FÍSICO :**

Abdomen (Normal). NO DOLOROSO

Músculo - Esquelético (Normal). Músculo - Esqueletico

Neurología - Esfera mental (Normal). SX DE DOWN

Cardio Pulmonar (Normal). RSCRS , MV AUDIBLE SIN AGREGADOS , NO SIGNOS DE DIFCIULTAD RESPIRATORIA

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal).

TÓRAX (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal).

**PLAN DE MANEJO :**

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA (Cantidad: 1) FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON DX PREVIAMENTE DESCRITO SE EVIDENCIA EN HC ANT DE TRASNTORNO DE COMPORTAMIENTO ???' DADO A ELLO PACIENTE QUIEN RERQUIERE VAL POR PSQUIATRIA , PACIENTE QUIEN REFIERE EN EL REITERROGATORIO QUE NO DUERME BIEN PORQUE LA LLAMAN PERSONAS EN EL CUARTO POR ENDE SE INDCIAN ORDENES .

\*\*\*\*\* PRIORITARIO\*\*\*\*\*

MEDICAMENTO (Cantidad: 30) ALPRAZOLAM 0.5 MG VO C/24H EN LAS NOCHES

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] (Cantidad: 1)

TIROXINA LIBRE (Cantidad: 1)

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (Cantidad: 1)

COLESTEROL TOTAL (Cantidad: 1)

TRIGLICERIDOS (Cantidad: 1)



HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO (Cantidad: 1)

**DIAGNÓSTICO :**

F059 - DELIRIO NO ESPECIFICADO - (Impresión Diagnóstica)

R441 - ALUCINACIONES VISUALES

FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD CON DX PREVIAMENTE DESCRITO SE EVIDENCIA EN HC ANT DE TRASNTORNO DE COMPORTAMIENTO ???' DADO A ELLO PACIENTE QUIEN RERQUIERE VAL POR PSQUIATRIA , PACIENTE QUIEN REFIERE EN EL REITERROGATORIO QUE NO DUERME BIEN PORQUE LA LLAMAN PERSONAS EN EL CUARTO POR ENDE SE INDCIAN ORDENES .

**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	60406940
NOMBRES	ANA LIBIA
APELLIDOS	ANGARITA ACEROS
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

Fecha de Impresión:	08/21/2024 10:05:22	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



Fecha de consulta:

21/08/2024

Ficha:

54874019553900000786

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA

Apellidos: ANGARITA ACEROS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 60406940

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/07/2019

Última actualización ciudadano:

22/07/2019

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





SECRET

Agroza a tus contactos la nueva  
**323 231515**  
 y escríbenos desde WhatsApp o por  
 correo a [info@pau.es](mailto:info@pau.es)

Con **Credisomos** tienes un bono de \$3.500.000 para que celebres tu día.

**llámanos y te contamos  
como recibirlo:**  
☎ 607.582.1715

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

**Únete al concurso  
Usuario Piloso**



## Información de tu instalación

Medidor Activa: 4845681  
Medidor Reactiva:  
Alimentador: ELS069  
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, modificada por el artículo 18 de la ley 689 de 2001.

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a <https://sites.placetopay.com/censentraleselectricasdels/login>

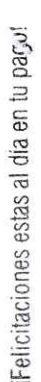
Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - Coompecens - Coquesmales - Almacenes Éxito - Ilmorite Barcolombia - Dawianda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datafinanc - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Medios de pago

Puntos de pago

Ruta: 105 01512221200  
Tarifa: Generica

Pagaste:



Periodo facturado 09/MAY/2024 a 07/JUN/2024

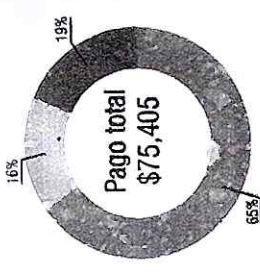
**Fecha de vencimiento**Días  
Facturados

Pago oportuno hasta:

26/JUN/2024

Pago con recargo hasta:

03/JUL/2024

**Servicios Facturados**

\$49,152



\$13,966

ASEC


\$12,287

Alumbrado Público

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

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

**Síguenos en nuestras redes sociales**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 60.402.756

ANGARITA ACEROS  
APELLIDOS

AURA MARINA  
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1967

CAPITANEJO  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O- F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-MAR-1987 VILLA ROSARIO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GARCIA VEGA



A-2510000-55150833-F-0060402756-20070929 01527 07272M 02 233849592

REPRESENTANTE