

ASODICAP

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA  
**60.403.430**

NUMERO

**BARAJAS GARZA**

APELLIDOS

**CARMEN CECILIA**

NOMBRES

*Carmen Cecilia Barajas Garza*

FIRMA



TELEFONOS : 3133976591  
3232848771 vecina



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1971**  
**VILLA ROSARIO**  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

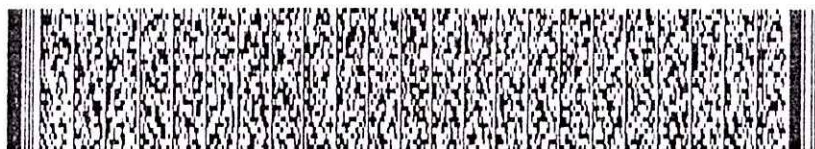
**F**

SEXO

**25-AGO-1989 VILLA ROSARIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


*Almabatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



R-2510000-55127623-F-0060403430-20050817

03553 05229N 02 159532656

Correo: asodicap@gmail.com

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

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1er. Apellido <u>Barajas</u>	2do. Apellido <u>Garza</u>	Nombres <u>Carmen Cecilia</u>	DOCUMENTO: <u>60403430</u>
Edad: <u>52</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>	Escolaridad: <u>2º bachiller</u>	Género: <u>F</u> <u>X</u> <u>M</u>
Dirección: <u>Cra 15 N° 4-12 B. 1º Map U/Rio</u>			Teléfono: <u>313/39176591</u>

FECHA: AÑO: 2023 MES: 12 DIA: 19


DIAGNÓSTICO: Artritis Reumatoidea Degenerativa (maiz)

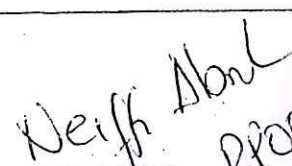
### VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA:

Paciente quien hace aprox. 6 años presenta debilidad osteomuscular y se le diagnosticó por Reumatología Artritis Reumatoidea Degenerativa.

A la Valoración presenta deformidad moderada en flexión interfalángica muñeca, codo y hombro con predominio en manos. Atrofia interósea, desviación cubital Severa Sinovitis en carpos, MCF, IFPS, hombro movil ante movimiento doloroso, recibe tratamiento farmacológico permanente (Clonazepam 150mg / Metotrexato 25mg) proceso degenerativo en Ambas manos, Semidependiente Act. Básicas Cotidianas, motricidad fina, Agarre y pinza

CARACTERIZACIÓN: DISCAPACIDAD MOTORA MODERADA

 MEDICO <u>Dr. 2794</u> <u>2023-12-19</u>
---

 FISIOTERAPEUTA <u>27006390</u>
--



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

**REUMATOLOGIA**  
**HISTORIA CLINICA GENERAL**

Nº Historia Clínica: 60403430

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** CARMEN CECILIA BARAJAS GARZA **Identificación:** Cédula Ciudadanía - 60403430 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 04/mayo/1971 **Edad Actual:** 53 Años / 1 Meses / 1 Días **ID de Genero:** Femenino **Raza:** INDETERMINADO **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** CR15 N14-12/ 1ERO DE MAYO **Teléfono:** 3133976591  
**Barrio:** PRIMERO DE MAYO **Procedencia:** VILLA DEL ROSARIO  
**Ocupación:** **Correo Electronico:** noresponder@previsalud.com

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** COOSALUD EVENTO REGIMEN SUBSIDIADO CUCUTA **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)  
**Tipo de contrato:** Factura\_Global **Tipo:** Subsidiado

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 5**

**(Fecha: 04/06/2024 03:24 p. m.)**

**Acompañante:** **Parentesco:** **Teléfono Acomp:**  
**Dirección Resp:** **Nº Ingreso:** 1435247 **Fecha:** 4/06/2024 1:36:41 p. m.

**DATOS DE LA ATENCIÓN**  
**ANAMNESIS**

**Motivo de la Consulta**

CONTROL( Dr Eduin Acosta Reumatólogo- Dra Emilena Hernandez Medicina General)

**Enfermedad Actual**

PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS, CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE  
TRATAMIENTO ACTUAL: METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIERCOLES DE CADA SEMANA, CLOROQUINA DIA, PREDNISOLONA 2 TABLETAS DIARIAS LEFLUNOMIDA 20 MG DIA CALCITRIOL 0.25 MCG, NAPROXENO 250 MG, ACETAMINOFEN 500 MG, ACIDO FOLICO 1 MG  
CÓMO SE SIENTE: REFIERE LEVE DOLOR, DOLOR EN TORAX ANTERIOR CON LA INSPIRACION.

FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS : 2017

FECHA DE DIAGNÓSTICO : 2018

PARACLÍNICOS 22/05/24

VSG:32

UROANÁLISIS: NO PATOLÓGICO

PCR:15,4

CREATININA:0.84

BUN:8.2

TGO:158

TGP:157

FOSFATASA ALCALINA:282

LEUCOCITOS:4800

HB:12.2

HTO:37.2

PLAQUETAS:204000

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/15

Usuario: 8780515

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

**EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**

TAS: 126 /TAD: 78 TAM: 94 NORMAL FC: 77 FR 17 TEMP. 36,00 SO2 98  
 Peso (Kg) 71,0 Talla (Cms) 154 I.M.C. OBESIDAD III  
 Escala del Dolor 4 Riesgo OM:

**EXÁMEN FÍSICO**

**Estado general:** DESVIACIÓN CUBITAL  
 ARTICULACIONES DOLOROSAS# 2  
 ARTICULACIONES INFLAMADAS#2  
 EVA 4 /10  
 DAS 28 X PCR DE 3.71 PARA ACTIVIDAD MODERADA Y HAQ 1 PUNTO

**Cabeza, cara, cuello:** NORMOCEFALO. PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ. SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO. CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. ESCLERAS ANICTERICAS. NARINAS DE CONFORMACION NORMAL. PERMEABLES. MUCOSA ORAL HUMEDA. HIDRATADA. OROFARINGE SIN ALTERACIONES. OTOSCOPIA BILATERAL CON MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAS SIN EXUDADOS. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION.

**Torax** TORAX SIMETRICO. EXPANSIBLE MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS PULMONARES. SIN AGREGADOS. RUJIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

**Abdomen:** NO DISTENDIDO. PERISTALSIS POSITIVA. BLANDO, DEPRESIBLE. NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO SE PALPAN MASAS.

**Extremidades superiores:** DESVIACIÓN CUBITAL DEFORMIDADES SECUELARES. DEDOS EN CUELLO DE CISNE. DEDOS EN Z

**Extremidades inferiores:** SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS.

**Región lumbosacra:** NO DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES. LASEGUE NEGATIVO. ARCOS DE MOVIMIENTO NO DOLOROSOS

**Genitourinario:** NO EXPLORADO

**Sistema nervioso central:** ALERTA, CONSCIENTE. ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES. FUERZA MUSCULAR 5/5. SENSIBILIDAD SIMETRICA SIN ALTERACIONES. PARES CRANEALES NORMALES. LENGUAJE SIN ALTERACIONES. SIN SIGNOS MENINGEOS.

**Piel y faneras:** SIN LESIONES

**ESCALA DE BARTHEL**

**Comer:** Totalmente independiente

**Lavarse:** Independiente: entra y sale solo del baño

**Vestirse:** Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos

**Arreglarse:** Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse,

**Deposiciones:** Continencia normal

**Micción:** Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta

**Usar el Retrete:** Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa

**Trasladarse:** Independiente para ir del sillón a la cama

**Deambular:** Independiente, camina solo 50 metros

**Escalones:** Independiente para bajar y subir escaleras

**TOTAL BARTHEL****90**

**ANÁLISIS Y TRATAMIENTO** PACIENTE FEMENINA DE 53 AÑOS. CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE. CON DAS 28 X PCR DE 4.38 PARA ACTIVIDAD MODERADA Y HAQ 1 PUNTO. POR FALLA TERAPEUTICA TRIPLE TERAPIA. POSIBLE

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/15

Usuario: 8780515

INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA SE INDICA PERFIL INFECCIOSO, HEPATITIS B, HEPATITIS C, RX DE TORAX, ANTICORE TOTAL, PARCIAL DE ORINA, TUBERCULINA, VDRL, VIH, SE CONTINUA CON METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIÉRCOLES DE CADA SEMANA, CLOROQUINA DIA, PREDNISOLONA 2 TABLETAS DIARIAS, LEFLUNOMIDA 20 MG DIA, CALCITRIOL 0.25 MCG, NAPROXENO 250 MG, ACETAMINOFEN 500 MG, ACIDO FOLICO 1 MG, SE DAN RECOMENDACIONES Y SE CITA CONTROL EN TRES MESES CON PARACLÍNICOS.

### EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

#### ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	6/05/2023 1:34:08 p. m.	ARTRITIS REUMATOIDEA
Alérgicos	6/05/2023 1:34:08 p. m.	NIEGA

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

Planifica

FUP G P A C V E M

#### EXÁMENES

Código	Nombre
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
Observación:	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

#### RESULTADOS DE EXÁMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

Observación: PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO

#### RESULTADOS DE EXÁMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA

RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

Observación: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA

RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

#### RESULTADOS DE EXÁMENES

Nombre reporte : HCRPHistoBase

3/15

Usuario: 8780515

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

907106

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Observación:

UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

903895

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Observación:

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

903856

NITROGENO UREICO

Observación:

NITROGENO UREICO

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

903867

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] (AST)

Observación:

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] (AST)

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

903866

TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] (ALT)

Observación:

TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] (ALT)

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

903833

FOSFATASA ALCALINA

Observación:

FOSFATASA ALCALINA

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

902204

ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL

Observación:

PROGRAMA AR

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

Nombre reporte : HCRPHistoBase

906249 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

871121

RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

860205

TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906221

HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906225

HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906317

HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

906916

SEROLOGIA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR

Observación:

**RESULTADOS DE EXAMENES**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

**PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Código

Nombre

890388

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

5/15

Usuario: 8780515

Observación: CONTORL CON RESULTADOS

**RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS**

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

**DIAGNOSTICOS**

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
------------------	--------	--------	-------------

Confirmado\_Repetido M069 ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA ☒ Principal

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**MEDICAMENTOS**

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
20011084-05	PREDNISOLONA 5 MG TABLETA	5 MG		180 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	PREDNISOLONA 5 MG TOMAR 2 AL DIA			
19973372-03	CLOROQUINA 250 MG TABLETA	250 MG		90 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	CLOROQUINA DIA.			
123394-01	METOTREXATO 2.5 MG TABLETA	2.5 MG		78 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	METOTREXATE 3 TABLETAS MARTES Y 3 TABLETAS MIERCOLES DE CADA SEMANA.			
19934690-01	CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULA	0.25 MCG		90 CAPSULA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	CALCITIROL 0.25 MCG DIA			
17145-18	NAPROXENO 250 MG TABLETA	250 MG		180 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	POR DOLOR			
19935303-04	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	500 MG		360 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	POR DOLOR			
20021574-2	ACIDO FOLICO 1 MG TABLETA	1 MG		90 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	1 DIARIA			
19963298-2	LEFLUNOMIDA 20 MG TABLETA	20 MG		90 TABLETA
Via de administración:	Oral	Duración:	90 Dias	
Indicación:	LEFLUNOMIDA 20 MG DIA			

**INDICACIONES MEDICAS****PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

Nombre reporte : HCRPHistoBase

6/15

Usuario: 8780515

*Eduin Acosta Hernandez*

EDUIN ACOSTA HERNANDEZ  
Médico General y Reumatólogo  
E.S. 8780515  
PREVISIVA SALUD

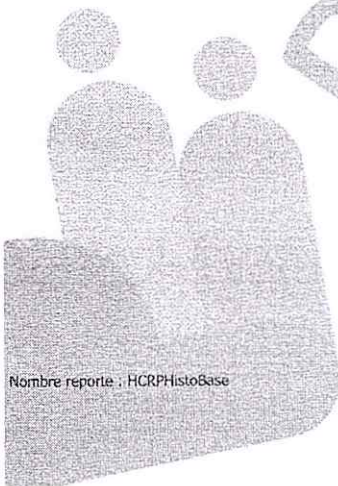
ACOSTA HERNANDEZ EDUIN JAMID

REUMATOLOGIA

8780515

o 8780515

PrevisivaSalud



Nombre reporte : HCRPHistoBase



## 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	60403430
NOMBRES	CARMEN CECILIA
APELLIDOS	BARAJAS GARZA
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/29/2024 19:25:27	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:

01/07/2024

Ficha:

54874351561200025096

B2

**Pobreza moderada**

**DATOS PERSONALES**

Nombres: **CARMEN CECILIA**

Apellidos: **BARAJAS GARZA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **60403430**

Municipio: **Villa del Rosario**

Departamento: **Norte de Santander**

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Encuesta vigente:

04/08/2023

Última actualización ciudadano:

04/08/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

**Contacto Oficina SISBEN**

Nombre administrador:

**Astrid María Mendoza Cuentas**

Dirección:

**Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro**

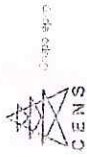
Teléfono:

**5701220 - 5700873 - 5700317**

Correo Electrónico:

**sisben@villarosario.gov.co**

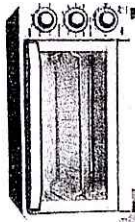
Desconecta aparatos  
cuando no los utilices



Resolución CREG 123 de 14 "Ahorro y uso eficiente de la energía eléctrica"

¡Ahorra y usa eficiente de la energía eléctrica!

Inscríbete y recibe la factura de CENS en tu correo electrónico  
Ingresa a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co) busca el apartado "Clientes en línea" y haz clic en "Regístrate en factura digital"



Los electrodomésticos que sueñas para tu hogar, ahora los puedes comprar con CREDITO CENS

inscríbete en [www.somnosgrupoepm.com](http://www.somnosgrupoepm.com)

Línea de atención (607) 5 821715



Escanea este código

Consejos para ahorrar energía



Aprende sobre uso eficiente de energía con CENS



No debes superar los 173 kWh en el mes

Usuarios de estratos 1 y 2 No te pases del límite

"Usarios de estratos 1 y 2, de acuerdo al Decreto 3683 de 2003, no podrán superar el límite de consumo de energía eléctrica establecido por el Gobierno Nacional. Si lo superan, se aplicará la tarifa de estrato 3."



Apaga el ventilador cuando no lo utilices

Reemplaza los bombillos tradicionales por ahorradores o LED

Ley 697 de 2003 "Uso racional y eficiente"

Compensación Calidad del Servicio

Periodo Actual

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Mes 1

Mes 2

Mes 3

Información de tu instalación

Medidor Activo: 92228

Medidor Reactiva:

Alimentador: ELSC69

Nivel de tensión: 1

Carga instalada: 2.2

Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a la factura presta el servicio de suministro de energía eléctrica en virtud del artículo 170 de la Ley 142 de 1994, modificada por el artículo 18 de la Ley 585 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.

Jose Miguel Gonzalez C. tipo representante legal

Por usuario, actualmente su factura presenta una mora en el pago por más de dos periodos consecutivos, constituyéndose esta condición como una causal de suspensión del servicio de acuerdo a lo establecido en el numeral 4. de la usula 48 del Contrato de Prestación de Servicios con Condiciones Uniformes. Consta este acto de suspensión en los registros de reposición ante CENS S.A. E.S.P. y apelación ante la SSPD, los cuales deberán interponerse por escrito dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de recibo de esta factura y en todo caso antes de la fecha de vencimiento de la misma.

Medios de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a [www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea](http://www.cens.com.co/clientes/en-us/factura/pagatufacturaenlinea)

Puntos de pago

Apuestas Cucula 75 - BBVA - Compecens - Cogusimales - Almacenes Éxito - Ilnorte - Bancolombia - Davivienda - Efecty- PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



Grupo EPM

Información

Nombre: E Lizcano  
Dirección: Cra 15a 14-12  
Barrio: Primero De Mayo  
Clase de Servicio: Residencial  
Ruta: 105 0151231375  
Ciudad: Villa Del Rosario  
Estrato 1  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: 110014

Documento equivalente a factura N° - 1060997529

Fecha de emisión: Septiembre 09/2022

Tu último pago fue:

25/AGO/2022

Pagaste:

\$126,000

Evite la suspensión del servicio

Periodos de atraso:

1

¡Escanee y pague!

Periodo facturado 09/AGO/2022 a 09/SEP/2022

Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:

Días Facturados

Fecha de suspensión:

27/SEP/2022

Servicios Facturados



Energía



Asco

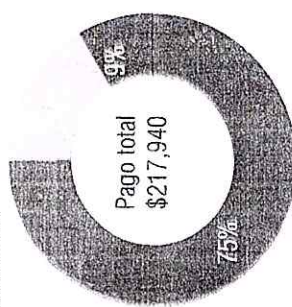


Alumbrado Público

\$163,032

\$18,846

\$36,062



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)

27-0965

Vigilado Supereservicios NUIR 254001 003

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 88.190.776

MANRIQUE PINTO

APellidos

TRINO ALEXANDER

NOMBRES

*Trino Alexander Manrique*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1974

VILLA ROSARIO  
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O+

GRUPO SANGUINEO

M

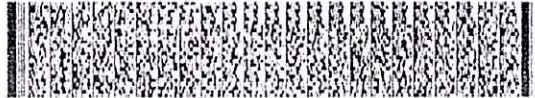
SEXO

30-SEP-1991 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

OTROS DERECHOS

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



A 3510050 00160756 M-0088190776 20020701

0012961570A 2

7596005 134

Acompañante

**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	<b>CARMEN CECILIA BARAJAS GARZA</b>
Tipo de Documento Identidad	R.C. ( ) T.I. ( ) C.C. ( X ) Otro ( )
Número de Documento de Identidad	60.403.430 de Villa del Rosario
Edad	53 años
Género	Femenino
Dirección	Carrera 15A #14-12 Barrio Primero de Mayo
Teléfono fijo	3133976591
No. de Celular (2 números si es posible)	3232848771
Municipio de residencia	Villa del Rosario
Correo Electrónico	<a href="mailto:asodicap@gmail.com">asodicap@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	TRINO ALEXANDER MANRIQUE PINTO
Parentesco de la PcD	Esposo
Tipo de Documento Identidad	Cédula de ciudadanía
Número de Documento de Identidad	88.190.776 de Villa del Rosario
Teléfono fijo y/o No. de celular	3232848771

**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>558101</b>
Dx. CIE 10 (Por favor indique los Dx o Dx relacionado con la discapacidad)	M069 – M053
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> _____

