



CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

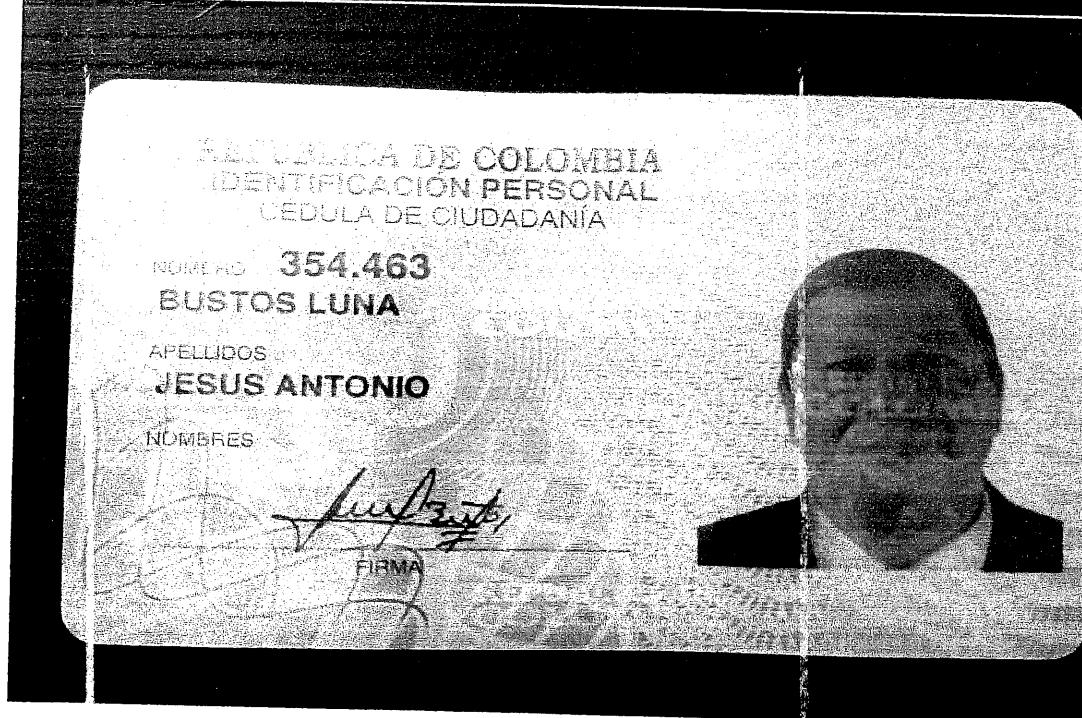
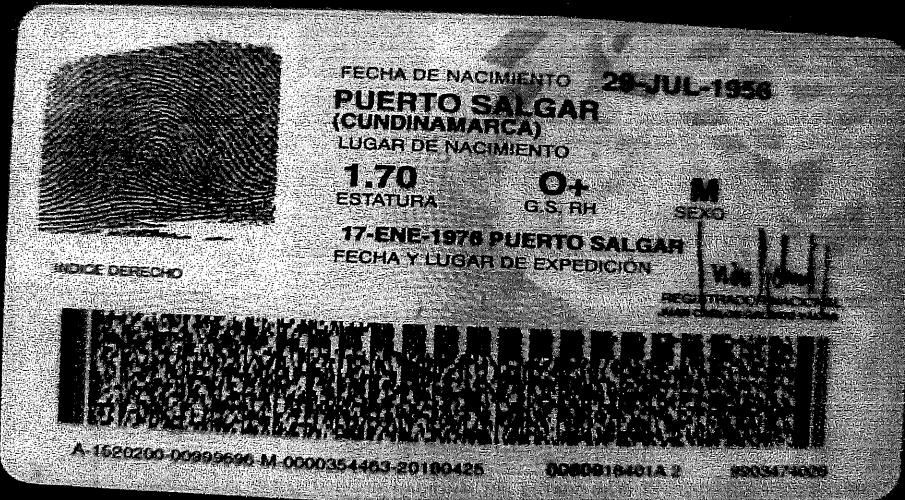
Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 354463
NOMBRES Y APELLIDOS	Bustos Luna,Jesus Antonio
TIPO DE AFILIADO	UPC ADICIONAL
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	21/10/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bustos Luna,Jesus Antonio, a los 15 días del mes de noviembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación





Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA.-
ALCALDÍA MUNICIPAL
PUERTO SALGAR - CUNDINAMARCA.



CERTIFICADO DE RESIDENCIA Y VECINDAD

Versión:00

Fecha de Aprobación:

ALCALDÍA MUNICIPAL – SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO

**EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO DEL
MUNICIPIO DE PUERTO SALGAR CUNDINAMARCA. –**

H A C E C O N S T A R

Que en la fecha se presentó ante este Despacho el señor **JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 354.463 expedida en Puerto Salgar Cundinamarca; quien manifiesta bajo la gravedad de juramento que su actual domicilio se encuentra en la Calle 15D No. 7 - 26 Barrio Gaitán de la zona urbana del Municipio de Puerto Salgar Cundinamarca.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, para diligencia Bancaria.

Dada en el Municipio de Puerto Salgar Cundinamarca, a los ocho (8) días del mes de marzo del año dos mil veintiuno (2.021).

JAIRO HUMBERTO MENDEZ VILLANUEVA
Secretario General de Gobierno

En caso de ser requerido consulte la normativa aplicable:

- Constitución Política de Colombia en el Artículo 83 "Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas."
- Decreto 19 de 2012 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".
- Artículo 442 FALSO TESTIMONIO. <Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El nuevo texto es el siguiente:>El que, en actuación judicial o administrativa bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falle a la verdad o a la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Proyecto: Alejandra Zapata (085)- Secretaría

DATOS DEL PACIENTENOMBRES Y APELLIDOS: JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA
ESCOLARIDAD: Ninguno

IDENTIFICACIÓN: CC 354463

SEXO: Masculino

ETNIA: Otros

Número de Control: 7.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 76 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 18 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 128 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 76 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Tensión Arterial Sistólica Decubito Lat Izq: 126 mmHg
Tensión Arterial Diastólica Decubito Lat Izq: 74 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 96 %
Temperatura: 36.5 °C
Peso: 85 Kg
Talla: 1.7 m
Índice de Masa Corporal: 29.41 (kg/m²) -Sobrepeso
Superficie corporal: 2.04 m²
Escala Dolor: 0

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopía derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: Sin masas ni adenopatías.
Mam.: No evaluada.
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.
Genitales: No evaluados.
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (Sí), Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, EDEMA ASIMÉTRICO, DE PIERNA IZQUIERDA CON FOVEA GRADO 1, MARCADA DILATACION DE TRAMA VENOSA SUPERFICIAL. HOMANS Y PRATZ NEGATIVOS.
Osteomusculotendinaria: Sin alteraciones.
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente..
Piel y Faneras: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, ACTUALMENTE CON PARAPARESIA, INTENSO DOLOR EN MUSLOS AL INTENTAR MARCHA, CON MEJORIA DE INCONTINENCIA URINARIA TRAS ULTIMO PROCEDIMIENTO QUIRUGICO. AL EXAMEN FISICO CON TA NORMAL, SIN TAQUICARDIA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN AGREGADOS PULMONARES, SIN BAJO GASTO CARDIACO NI SOBRECARGA HIDRICA. LLAMA LA ATENCION IMPORTANTE EDEMA EN PIerna DERECHA, ASOCIADO A DILATACION VENOSA SUPERFICIAL GENERALIZADA POR LO QUE SE DECIDE TOMA DE ECO DOPPLER. YA CUENTA CON ORDEN PARA NUEVA VALORACION POR ESPECALIDAD TRATANTE. SE EXPLICAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Estenosis espinal (M480), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: Dolor, no especificado (R529), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: Examen de pesquisa especial para tumor de intestino (Z121), Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 3: Paraplejia flacida (G820), Confirmado repetido.



SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA

Historia Clínica No. 354463

Consulta

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA IDENTIFICACIÓN: CC 354463 SEXO: Masculino ETNIA: Otros
ESCOLARIDAD: Ninguno

Número de Control: 7.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA), No. 1, PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, ACTUALMENTE CON PARAPARESIA, INTENSO DOLOR EN MUSLOS AL INTENTAR MARCHA, CON MEJORIA DE INCONTINENCIA URINARIA TRAS ULTIMO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. AL EXAMEN FISICO CON TA NORMAL, SIN TAQUICARDIA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN AGREGADOS PULMONARES, SIN BAJO GASTO CARDIACO NI SOBRECARGA HIDRICA. LLAMA LA ATENCION IMPORTANTE EDEMA EN PIerna DERECHA, ASOCIADO A DILATACION VENOSA SUPERFICIAL GENERALIZADA POR LO QUE SE DECIDE TOMA DE ECO DOPPLER. YA CUENTA CON ORDEN PARA NUEVA VALORACION POR ESPECIALIDAD TRATANTE. SE EXPLICAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA..
2. Se solicita ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VIENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR, No. 1.

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: PREPARACION 5 DIAS ANTES DE TOMA DE MUESTRA DE MATERIA FECAL: NO CONSUMIR Carne roja, como de res, cordero o cerdo. Los residuos de sangre en estos tipos de carne podrían causar un resultado positivo falso. NO CONSUMIR VITAMINA C LOS 7 DIAS ANTES. SUSPENDER 5 DIAS ANTES CONSUMO DE AINES (ASPIRINA, IBUPROFENO, DICLOFENACO, NAPROXENO). EVITAR 5 DIAS ANTES CONSUMO DE nabos, remolachas (betabeles), rábanos, rábanos picantes, alcachofas, champiñones, brócoli, brotes de soya, coliflores, manzanas, naranjas, bananas (plátanos), fresa, arandanos, uvas y melones.

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Clinica Especialistas Norte del Tolima SAS Honda



**CLINICA
TOLIMA**
SISTEMA SANITARIO INTEGRAL

NIT: 890.703.690-7
PDK: 270 Bocox • Fax: 270 Bocox E-mail: info@clinicotolima.com
Cra. 1 No. 12-22, Bogotá - Tolima

INFORMACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación:	CC 354463
Paciente:	JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	29/07/1956
Edad y género:	64 Años, Masculino
Identificador único:	1957148
Financiador:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S
Ubicación:	CONSULTA EXTERNA
Servicio:	CONSULTA EXTERNA
Cama:	

Página 1 de 1

Nota Advertencia:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines meramente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 23/03/2021 08:44 - Ambulatoria - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Nota de Ingreso Consulta Externa - Apoyo - NEUROCIRUGIA

Indicador de rol: Apoyo Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: MC/DOLOR LUMBAR Y CERVICAL LIMITACION FUNCIONAL
HE/ PACIENTE EN POP DE DESCOMPRESION CERVICAL Y LUMBAR

ARTRODESSI LUMBAR Y CERVICAL

ANT MD GOTAS

EF/ BUEN ESTADO GENERAL

DEAMBULA CON CAMINADOR

ESPERA MENTAL NORMAL

SV/ ESTABLES

NO SIGNOS DE HTE

NO SIGNOS MENINGEOS

C/p BIEN

AB/ BIEN

EXT/ SIN EDEMA

PARESIA DORSIFLEXORA DERECHA

Análisis de resultados: POP ARTRODESI LUMBAR Y CERVICAL

PARESIA DORSIFLEXORA

DOLOR LUMBAR Y CERVICAL AXIAL

LIMITACION FUNCIONAL P/ R LA MARCHA

Diagnósticos activos después de la nota: Diagnóstico de ingreso - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Plan de Manejo: FISIOTERAPIA

VALORACION POR FISIATRIA

RX/ COLUMNA CERVICAL Y LUMBAR

Firmado por: HERNAN NANEZ BAMBAGUE, NEUROCIRUGIA, Registro 1306, CC 12234680

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - RADIOLOGIA CONVENCIONAL

23/03/2021 08:46

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

AP Y LATERAL

POP ARTRODESI

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - RADIOLOGIA CONVENCIONAL

23/03/2021 08:45

RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA

AP Y LATERAL

POP ARTRODESI

Estado: ORDENADO

ÓRDENES MÉDICAS

Puerto Salgar Cundinamarca, marzo 24 de 2021.

SEÑORES.

SECRETARIA DE SALUD

La Ciudad.

Asunto. Solicitud de Certificado de discapacidad.

Señores Secretaria de salud por medio de la presente me dirijo a ustedes para realizar el trámite de la expedición de mi certificado de discapacidad.

La siguiente es la información requerida para realizar dicho trámite:

Nombre Completo. Jesus Antonio Bustos Luna

Número de identificación. 354.463 Puerto Salgar Cundinamarca

Teléfonos de contacto. 3206630510 – 3148886237

Correo de contacto. usmamaria@yahoo.es

Datos de familiar y Acudiente. María Fernanda Usma Alos

Teléfono. 3148886237

Relación de documentos adjuntados.

Dos (3) hojas de historia clínica emitidas por la EPS Sanitas.

Carta de Residencia

Copia del documento de identidad.

Atentamente,



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jesus Bustos". To the right of the signature is a circular, textured fingerprint impression.

Jesus Antonio Bustos Luna

C.C 354.463 Puerto Salgar Cundinamarca

Puerto Salgar Cundinamarca, 25 de marzo de 2021

OF-JBL-2021/PS-001

Señores:

ALCALDÍA MUNICIPAL DE PUERTO SALGAR (CUNDINAMARCA)

Atención: Señor alcalde municipal : Ing. Jaime Maldonado.
Señor(a) secretario(a) General y de Gobierno.
Señor(a) secretario(a) de Salud
Señor(a) Personero(a) Municipal.



202100450072652
2021-03-23 10:36
Destino: Secretaría de Desarrollo Social y medio Ambiente
Rem/Dest: JESÚS ANTONIO BUSTOS LUNA
Folios: 1 Anexos: 0 Copias: 0
Asunto: DERECHO DE PETICIÓN

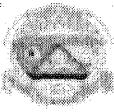
Referencia : Derecho de petición

Respetados señores(as):

JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA, mayor de edad, como aparece identificado al pie de mi correspondiente firma residente del municipio de Puerto Salgar con domicilio Calle 14 A Numero 7-26, del Barrio Gaitán, en ejercicio del Derecho de Petición que consagra el Artículo 23 de la Constitución Nacional y las disposiciones pertinentes del Código Contencioso Administrativo y demás normas concordantes expone lo siguiente:

Desde el mes de septiembre de 2019 me encuentro en estado de discapacidad por un lección en mi columna vertebral la cual a la fecha a requerido de dos cirugías para poder volver a recuperar parte de mi movilidad, evocando la resolución 0000113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, el día 24 de Marzo realice el proceso estipulado en esta resolución para solicitar certificación de mi estado de discapacidad ante la secretaria de Salud del Municipio de Puerto Salgar, en la secretaria de Salud fui atendida por la Secretaria de Salud quien no me recibió la solicitud aludiendo que el proceso lo debía realizar la EPS. Como se puede observar este es un claro desconocimiento y violación de la resolución 0000113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Por lo anteriormente expuesto solicito de la manera más respetuosa a ustedes, en cabeza del Señor Alcalde, el Ingeniero Jaime Maldonado, se realicen las gestiones para que la secretaria de salud del municipio de Puerto Salgar radique e inicie el proceso de certificación de discapacidad según los términos emanados en la resolución 0000113 de 2020.

 <i>Ciudad de Puerto Salgar</i>	<i>Promoción y Desarrollo Social</i> <i>Programa de Atención Integral y Rehabilitación</i> Unidad de Atención Integral UAI Alcaldía Municipal de Puerto Salgar	
<i>Página: 1 de 1</i>		

Puerto Salgar, Cundinamarca 12 de Mayo del 2021

CERTIFICACION

La Unidad de Atención Integral (U.A.I) del Municipio de Puerto Salgar certifica que el señor **JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA** identificado con CC: N °**354463** de Puerto Salgar se encuentra inscrito en nuestra unidad como usuario con Discapacidad Física con un Diagnóstico de **ESTENOSIS ESPINAL (M 480)** y **PARAPLEJIA FLACIDA (G820)**, donde recibe Apoyo de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, con actividades de la vida diaria A.B.C y A.V.D. Esto con el fin de identificación y desarrollar las capacidades y habilidades, también se encuentra tamizado como persona con discapacidad en el Municipio y en espera según ordenado con la resolución 113 del 2020, para tramitar el Certificado de Discapacidad.

Dado en Puerto Salgar a los doce días (12) del mes de mayo del 2021.

Cordialmente,

Luz Adriana Giraldo

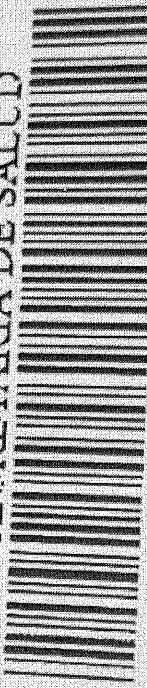
Luz Adriana Giraldo Llanos
 Coordinadora U.A.I y C.V.S
 Cel: 3103062307

Construyamos un mejor futuro para puerto salgar"

Barrio Santa Ines - Celular: 310 306 23 07

Sitio Web: www.recreocultural.com.co Correo: luzadriana.giraldo@correo.ugb.edu.co

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO 2021066417
Asunto: 4 COMUNICACIONES Anexos: 0
Ruta: 260 - SECRETARIA DE SALUD



Fecha: 27/05/2021 11:28:34.0



AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO: CE - 2021574839
ASUNTO: RTA DISCAPACIDAD MERCURIO
2021066417. PTO SALGAR
DEPENDENCIA: -

Bogotá, Junio 08 de 2021

Señor,
JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA
Correo: usmamaria@yahoo.es
Puerto Salgar, Cundinamarca

REFERENCIA: RESPUESTA SOLICITUD DE ACCESO A CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

Cordial saludo,

La Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca en respuesta a la petición presentada bajo número de radicado **2021066417** y de conformidad con las acciones adelantadas por la Dirección de Salud Pública en la Subdirección de Gestión de Acciones en Salud Pública se permite manifestar lo siguiente:

Como se establece en la Resolución 113 de 2020 (*artículo 7*), el proceso de Certificación de Discapacidad es competencia de las secretarías de salud municipal, las cuales deben adelantar las solicitudes ante las IPS autorizadas por el ministerio de Salud y Protección Social, posterior a la verificación de los documentos mencionados en dicho acto administrativo. Los documentos a verificar por parte de la secretaría de salud municipal (o quien cumpla su función) son:

- Historia clínica del paciente con un diagnóstico (CIE-10) relacionado con la discapacidad
- Soportes y exámenes diagnósticos que den validez al diagnóstico
- Ajustes razonables necesarios para la valoración
- Tipo de Valoración: Institucional o Domiciliaria

Una vez cuente con estos soportes el solicitante debe acercarse a la Secretaría de Salud de su municipio para tramitar el Número de Autorización para que la IPS autorizada asigne la cita de valoración con el equipo multidisciplinario.

Actualmente están autorizadas a nivel departamental las IPS:

Nº	NOMBRE IPS	MUNICIPIO/ DISTRITO DE UBICACIÓN
1	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA.	CHIA
2	E.S.E. HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES	CHOCONTA
3	HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E MOSQUERA	MOSQUERA
4	ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	GACHETA
5	ESE HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ LA MESA	LA MESA



93393893

Gobernación de
Cundinamarca



Secretaría de Salud, Sede Administrativa, Calle 26
53, Torre Salud Piso 6, Código Postal: 111321 Bog
D.C. Tel. 7491550

@CundisGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
B N S A L U D

6	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	FOMEQUE
7	HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	FUSAGASUGA
8	ESE HOSPITAL DE LA VEGA	LA VEGA
9	HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE	UBATE
10	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN	NEMOCÓN
11	E.S.E. HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA	VILLETA
12	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA ZIPAQUIRA	ZIPAQUIRA
13	BIENESTAR Y SALUD IPS SAS	ZIPAQUIRA
14	ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PENALOSA	SOACHA
15	HOSPITAL ISMAEL SILVA DE SILVANIA	SILVANIA
16	SANATORIO DE AGUA DE DIOS	AGUA DE DIOS

que cuentan con las condiciones para realizar el proceso de certificación, para el año 2021 todos los hospitales deberán implementar Certificación de Discapacidad, Res. 113 de 2020.

Por otra parte, se informa que tanto el departamento como el municipio de Puerto Salgar, se encuentran en el proceso de alistamiento con el fin de acelerar el proceso de certificación de discapacidad en el territorio y se informa que este proceso dará inicio en el mes de Junio; posterior a la activación en la plataforma web.sispro.gov.co tanto de las IPS certificadas como del municipio; proceso el cual ya adelantó el municipio y está a la espera de la firma de convenio con las IPS habilitadas para este proceso.

Por lo anterior la Secretaría de Salud de Cundinamarca, ha realizado los esfuerzos que están dentro de su competencia dando respuesta a las peticiones desarrolladas por la población toda vez, que no puede adelantar más acciones dentro del caso en mención, ya que es competencia directa del ente municipal.

En los términos de Ley, se da respuesta a la acción en referencia

Cordialmente,



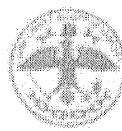
JHON ALEXANDER MORERA GUTIERREZ
 Director Operativo

Proyecto: Bernardo Adolfo Ortiz Gámboa. Contratista
 Revisó: Sonia Maritza Castillo Cubillos - profesional especializada
 Aprobó: Paola Alexandra Linares Escobar - Subdirectora de Gestión en Salud Pública.



93393893

Gobernación de
Cundinamarca



Secretaría de Salud, Sede Administrativa, Calle 26
 #33, Torre Salud Piso 6, Código Postal: 111321 Bog
 D.C. Tel: 7491550

@CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

JESUS ANTONIO BUSTOS LUNA
 CL 14 A 7 26
 PUERTO SALGAR - PUEBLO

OBLIGACIÓN N°: 3920087728
 IDENTIFICACIÓN: 354463
 FECHA DE PAGO:
 SUCURSAL: LA DORADA

Cambiamos de imagen, pero
 tu clave y usuario siguen
 siendo los mismos.
**No te pediremos los datos por
 ningún medio.**



Entérate de actualidad sectorial, eventos,
 herramientas de gestión empresarial, beneficios
 con aliados, sitio transaccional y productos
 financieros. Ingresa a
www.grupobancolombia.com/NegociosPyme

NOTAS DE INTERÉS

BANCOLOMBIA, PROCURANDO EL ACCESO PERMANENTE A LOS PRODUCTOS DE CREDITO QUE TIENE PARA RESPALDARLO, CREO LA GESTIÓN DE COBRANZA PREJURIDICA PARA QUE LOS CLIENTES EN MORA SE NORMALICEN MEDIANTE EL PAGO. PARA MAS INFORMACION CONSULTE EN WWW.GRUPOBANCOLOMBIA.COM

LÍNEA DE CRÉDITO REESTRUC. IT. VDO. TASA FIJA

CONCEPTO	ABONO ANTERIOR	CUOTA A PAGAR
ABONO A CAPITAL	.00	.00
INTERÉS CORRIENTE	742,547.00	2,231,128.00
INTERÉS MORA	.00	
SEGURO VIDA	35,469.00	106,409.00
OTROS CONCEPTOS	.00	.00
COMISIÓN FNG/FAG	.00	.00
IVA FNG/FAG	.00	.00
TOTAL	778,016.00	2,337,537.00

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO	
FECHA DE DESEMBOLSO	1/29/2019
VALOR INICIAL	29,557,807.24
FECHA CORTE EXTRACTO	7/06/2021
FECHA ÚLTIMO PAGO	6/28/2021
SALDO DE CAPITAL	27,756,710.24
TASA DE INTERÉS E.A.	25.75
CUOTA NÚMERO	020
TASA MORA A LA FECHA	25.75
SALDO EN MORA CAPITAL	.00
Nº DE CUOTAS EN MORA	2
MORA DESDE	

SALDO DE CRÉDITO
 FECHA EXTRACTO
 32,416,999.24

RECUERDE

EXPRESA SUS INCONFORMIDADES SOBRE SU EXTRACTO A NUESTRO REVISOR FISCAL
 PRICEWATERHOUSECOOPERS, CALLE 7 SUR 42 70 PISO 11 MEDELLIN ANTIOQUIA.
 EDIFICIO FORUM