SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-44-101187401	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	01	2023	13	06	2022	00:00	17	02	2026	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION PARA EL DESARROLLO INFANTIL SOCIAL Y CULTURAL IWOKE		NIT: 900.094.963-5
DIRECCIÓN: CL 76 NRO. 20 B - 24 OFICINA 401	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	9261146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO		NIT: 899.999.061-9
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 54 - 78	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3486200

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

11-44-101187401

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-40-101047568	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	01	2023	13	06	2022	00:00	13	03	2023	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION PARA EL DESARROLLO INFANTIL SOCIAL Y CULTURAL IWOKE	NIT: 900.094.963-5

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 76 NRO. 20 B - 24 OFICINA 401	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	9261146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO	IDENTIFICACIÓN
BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO	NIT: 899.999.061-9

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
KR 13 NRO. 54 - 78	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3486200

BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

AMPARAR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A TERCEROS AFECTADOS DERIVADOS DE LA EJECUCION DEL CONTRATO No FDLCHCPS-153-2022 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS PARA REALIZAR LA EJECUCION DE LAS ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA DE LA LOCALIDAD DE CHAPINERO 101187401

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE HACE PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA CITADA, SE AJUSTA LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS CONTRATADOS SEGUN ACTA DE SUSPENSION No 1 CON FECHA DE SUSPENSION 9/12/2022 Y FECHA DE REINICIO 16/01/2023

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******32,876.00	$ *******3,000.00	$ *******6,816.00	$ **********42,693.00	$ ******200,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
AGENCIA DE SEGUROS LUSEGUROS LIMITA	977014	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-40-101047568

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 83 NO 19-10 TELEFONO: 601-2186977, 601-6019330

DLF977014A

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-40-101047568	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	01	2023	13	06	2022	00:00	13	03	2023	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION PARA EL DESARROLLO INFANTIL SOCIAL Y CULTURAL IWOKE		NIT: 900.094.963-5
DIRECCIÓN: CL 76 NRO. 20 B - 24 OFICINA 401	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	9261146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO		NIT: 899.999.061-9
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 54 - 78	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3486200

BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	13/06/2022	13/03/2023	$200,000,000.00	$200,000,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-40-101047568

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-40-101047568	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	01	2023	13	06	2022	00:00	13	03	2023	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION PARA EL DESARROLLO INFANTIL SOCIAL Y CULTURAL IWOKE	NIT: 900.094.963-5

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 76 NRO. 20 B - 24 OFICINA 401	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	9261146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO	NIT: 899.999.061-9

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KR 13 NRO. 54 - 78	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3486200

BENEFICIARIO: ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse · VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · éxito · Gana Gana · Efecty · corresponsal

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******32,876.00	$ *******3,000.00	$ *******6,816.00	$ **********42,693.00	$ ******200,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS LUSEGUROS LIMITA	977014	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)1100062314987 6(3900)000000042693(96)20230613

REFERENCIA PAGO: 1100062314987-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	BOGOTA	11	11-40-101047568	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	01	2023	13	06	2022	00:00	13	03	2023	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION PARA EL DESARROLLO INFANTIL SOCIAL Y CULTURAL IWOKE		NIT: 900.094.963-5
DIRECCIÓN: CL 76 NRO. 20 B - 24 OFICINA 401	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	9261146

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO		NIT: 899.999.061-9
DIRECCIÓN: KR 13 NRO. 54 - 78	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3486200

BENEFICIARIO: 899999061 - BOGOTA DC - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-40-101047568

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DL 5000014

ANEXO No 19

DOCUMENTOS DE INSCRIPCIO SEGUNDA ENTREGA

CPS 153-2022

DOCUMENTOS DE INSCRIPCION PATINAJE CPS 153-22

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.104.549.042**

CARDENAS HOMEZ

APELLIDOS

DOMYNIC MATIAS

NOMBRES

domynic M - cardenaS

FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-2011**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-NOV-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

14-FEB-2019 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1510900-01067225-M-1104549042-20190315 **00648**84078A 1 1745349715

patinaje

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.104.551.432**

CARDENAS HOMEZ

APELLIDOS

WESLYN ZAMARA

NOMBRES

Weslyn Z. cardenas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

11-MAR-2033 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S RH SEXO

30-JUN-2022 GIRARDOT

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1510900-01307552-F-1104551432-20220711 0080023444A 1 8505028312

portinaje

Powered by CamScanner

DOCUMENTOS DE INSCRIPCION BALONCESTO CPS 153-22

ALCALDÍA LOCAL DE SANTA FE – "SANTA FE CON UN SISTEMA DE CUIDADO"

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 246 de 2021

FONDO DE DESARROLLO LOCAL SANTA FE & FUNDACIÓN IWOKE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Lugar de inscripción	CDC - Lourdes.
Fecha	20 - Enero - 22
No.	

COMPONENTE	
ACCIONES COMPLEMENTARIAS	SALUD MENTAL POSITIVA: X
	HERRAMIENTAS VIRTUALES DE APRENDIZAJE PARA EL CUIDADO: X
	DANZATERAPIA:

DATOS PERSONALES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Primer Apellido*	Rivera	Primer Nombre*	Luis
Segundo Apellido*	Alvarez	Segundo Nombre*	Fernando
Tipo de documento*	C.C X T.I ___ R.C ___ OTRO ___	No.*	1010207337
Lugar de expedición*	Bta.		
REGIMEN DE AFILIACION AL SGSSS	C. Salud.	EAPB	
Sexo* H X M ___	PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD SI X NO ___ TIPO Cognitiva.		

Fecha de nacimiento*	Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*	País*
Día 12 Mes 3 Año 1993	29	Bta	D.C	Colombia

DIRECCIÓN*	ESTRATO*	BARRIO*	UPZ	TELEFONOS DE CONTACTO*	
Kra 29 Este # 3 A 22	2	Lourdes Centro.		Fijo:	2896976.
				Celular	3132101190.

DATOS DEL CUIDADOR QUE RECIBIRA LA FORMACION

Primer Apellido*	Alvarez	Primer Nombre*	Luz
Segundo Apellido*		Segundo Nombre*	Esperanza.
Sexo* H ___ M X		PARENTESCO*	Mama.
Tipo de documento*	C.C X T.I ___ R.C ___ OTRO ___	No.	51903684
Lugar de expedición*	Bta		
REGIMEN DE AFILIACION AL SGSSS	C. Salud	EAPB	
Ocupación	U. ambulante	correo electrónico	esperanzaalvaresfernando@gmail.com.

Fecha de Nacimiento*	Edad*	Ciudad de nacimiento*	Departamento*	País*
11 D 4 M 68 A	53	Bta.	D.C.	Colombia

DIRECCIÓN*	ESTRATO*	BARRIO*	UPZ	TELÉFONOS DE CONTACTO*	
Kra 29 Este # 3 A 22	2	Lourdes Centro		Fijo:	2896976
				Celular	3132101190.

TIPO DE POBLACION

Caracterización de la Población	AFRO	VCA	LGTBI	INDIGENA	ROM	Otro:	Cual:
							Ninguno.

CONVENCIONES: Afrocolombianos (AFR), Victimas del Conflicto Armado (VCA), Indígena (C), Gitanos (ROM),

COMPROMISO

Yo, Luz Esperanza Alvarez identificado(a) con C.C. No. 51903684 de Bta en mi calidad de cuidador de la persona con discapacidad Luis Rivera Alvarez, AUTORIZO y me comprometo a la participación y continuidad en el desarrollo del proyecto 2188 "SANTA FE CON UN SISTEMA DE CUIDADO,que tiene por objeto prestar servicios para personas con discapacidad y sus cuidadores/as en acciones complementarias a través de la ejecución de los componentes de SALUD MENTAL POSITIVA, HERRAMIENTAS VIRTUALES DE APRENDIZAJE PARA EL CUIDADO Y MEDIOS ALTERNATIVOS PARA SALUD Y BIENESTAR; de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografía o Video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Luz Esperanza Alvarez

51903684

FIRMA. / CEDULA

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco de CPS 246 de 2021 y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto 2188 "Santa Fe con un sistema de cuidado" y la Alcaldía Local de Santa Fe.

Fotocopia legible del documento de identidad de la persona que va a participar en el proyecto 2188 ____

Fotocopia legible de afiliación al sistema de salud (Actualizado) ____

Certificado de residencia expedido por el Fondo de Desarrollo Local de Santa Fe (Actualizado) ____

(Solo para la persona con discapacidad) Fotocopia de Certificado de discapacidad y/o registro de inscripción ____

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ✓

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto	Fútsal	Natación	Patinaje	Tenis	Taekwondo
1	○	2	2	○	○

DATOS PERSONALES

1º Apellido HERNANDEZ	2º Apellido ORDOÑEZ	1º Nombre DANIEL	2º Nombre CRISTOPHER
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	

Tipo de Documento R ○ TI. ✓ Nº. 1069332054 Lugar de Expedición BOGOTA.

Sexo F ○ M ✓ I ○ ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No ✓ ¿Cuál? SISBEN o EPS FAMISANAR

Fecha de Nacimiento 10 08 2006 Edad 16 AÑOS Ciudad de Nacimiento LA PALMA Departamento CUNDIN. Pais COLOMBIA

Dirección Residencia CRR. 1 A # 43 B-50 Barrio MARISCAL SUCRE UPZ CHAPINERO Estrato 02

Teléfono Fijo 601.394.60.40 Celular 313.336.7620 Correo Electrónico CRISORDONEZCASALLAS@GMAIL.COM

¿Estudias Actualmente? Si ✓ No ○ Grado 10- Horario de Clases 6AM - 12 AM ¿Tienes vacuna COVID-19? Si ✓ No ○ Dosis 1 ○ 2 ○ 3 ✓

Colegio TECNICO PALERMO Público ✓ Privado ○

Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál? Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 42.

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido ORDOÑEZ	2º Apellido CASALLAS.	1º Nombre DIANA	2º Nombre CRIS.
Tipo de Documento CC ✓ CE ○ Pasaporte ○	Nº. 52081858	Lugar de Expedición CHANCHE	Sexo F ✓ M ○ I ○
Parentesco MADRE	Ocupación EMPLEADA	Teléfono Fijo 6013946040	Celular 313.3367620

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Victima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indígenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, DIANA CRIS ORDOÑEZ CASALLAS, identificado(a) con C.C. No. 52081858 de BOGOTÁ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) DANIEL C. HERNANDEZ ORDOÑEZ AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 52081858

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la proteccion de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.069.332.054
HERNANDEZ ORDOÑEZ
APELLIDOS
DANIEL CHRISTOPHER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-2006**

LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-AGO-2024 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

12-AGO-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

R-1500150-01323777-M-1069332054-20221015 0087455952A 1 8506033700



CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 52081858

CATEGORIA
A

DATOS DEL AFILIADO
HERNANDEZ ORDOÑEZ
DANIEL EVELIO

TI 1069332054

TIPO DE AFILIADO
Beneficiario

IPS PRIMARIA
COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO
CALLE 26

DISCAPACIDAD

URGENCIAS HASTA
****

FECHA AFILIACIÓN
12/09/2008

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacun...	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06-01-21	Pfizer	3102SBD	Galerias	Karine Zambrano Vacunadora C.C. 1 032.369.403	
	2	07 DIC 2021	Pfizer	FL3196	Colsubsidio Calle 63	Martha L. Velasco CC 1121857769 Aux. Enfermeria	
		25 07 22	Pfizer	PCA 0074	Centro Comercial GALERIAS	Olga Villegas Suárez Vacunadora C.C. 30.582.090	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Daniel Evelio

Apellidos: Hernandez Ordoñez

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1069332054

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 08 Año 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1069332034

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35712813

35712813

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 19 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido: HERNANDEZ

Segundo Apellido: ORDOÑEZ

Nombre(s): DANIEL CHRISTOPHER

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 5 Mes A G O Día 0 8

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - LA PALMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: ESCRITURA PUBLICA

Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORDOÑEZ CASALLAS DIANA GREIS

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 52081858

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ SVEITO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 79546414

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ORDOÑEZ CASALLAS DIANA GREIS

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 52081858

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción: Año 2 0 2 2 Mes 0 9 2 Día 1 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JOSE MIGUEL ROJAS CRISTANCHO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SERIAL REEMPLAZA A:SERIAL;0035319972;FECHA DE INSCRIPCION:21/09/2022; CAMBIO DE NOMBRE:; CAUSA:EF - 4154/ 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022/ NOTARIA 19 DE BOGOTA D.C.;19/10/2022

Paternidad de la Señora Fidelidad de Creis Hernandez C.C. 79.546.414 sobre el menor (Daniel) mediante sentencia de fecha 30 de Julio de 2015 proferida por el Juzgado 19. de familia de Bta

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

enel | Bogotá

COLOMBIA S.A. E.S.P.
...d60.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PASE ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1085714-6

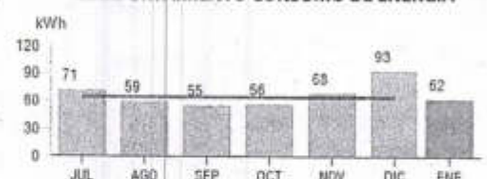
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 707474015-9

CLIENTE

4404

CARLOS FLOREZ
KR 1 A NO 45 B - 50 AP 100
PISO 1
BOGOTÁ, D.C.
SIBERIA CENTRAL

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $723.08

CONSUMO DIARIO: 2.0 kWh

VALOR DIARIO: $605

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 64 kWh

PERÍODO FACTURADO: 30 NOV/2022 A 30 DIC/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 62 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 4 03 404 0201
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	3000 4 03 404 0150
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00822070
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25767710
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!



No. Cue.



Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

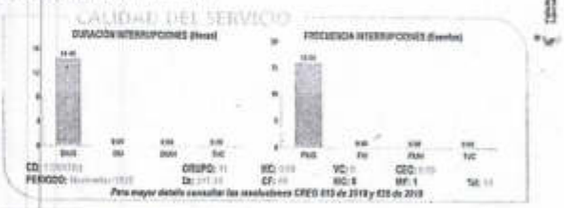
DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2022
G:276.24 T: 47.00 D: 258.42 CV: 64.54 PR: 60.63 R: 24.58 CF: 0.00 / $720.24 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 733.08 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 ENERO/23



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 025 de 2019

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea.
Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro.html



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí.

Ingresa a www.credibuefloodmex.com

¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco | Internet | Punto Pago Bancolombia | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

RED CADE | enel

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

**Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Soacha. Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclam

El prestador del servicio de comercialización de

408

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto (X) | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Guanume	2º Apellido castro	1º Nombre Dania	2º Nombre Valeria
Nombre Juridico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº. 1025328298	Lugar de Expedición Chapinero	
Sexo F ( ) M ( ) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS Sura
Fecha de Nacimiento 28 08 2014	Edad 8	Ciudad de Nacimiento Bogota	Departamento Cundinamarca / País colombia
Dirección Residencia Calle 44 7A 06		Barrio mariscal sucre / UPZ	Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3227399527	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado 2 / Horario de Clases 6	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio camilo torres		Público (X) Privado ( )	
Talla Uniforme 8 ( ) 10 (X) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Castro	2º Apellido Castro	1º Nombre Mary Castro	2º Nombre Yulieth
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 7075669078	Lugar de Expedición Zipaquira	Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco mamá	Ocupación	Teléfono Fijo	Celular 3227399527

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, _____, identificado(a) con C.C. No._____ de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) _____. AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Mary castro
Firma y cédula:

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la proteccion de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1025328298
NOMBRES	DANIA VALERIA
APELLIDOS	GUANUME CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

s de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/26/2023 09:17:00 | **Estación de origen:** 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

esponsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y nico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1085665-7

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 707474336-8

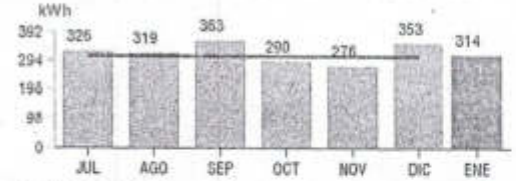
CLIENTE

4722

MIGUEL GUANUMEN
CL 44 NO 1 A - 06

BOGOTÁ, D.C.
SIBERIA CENTRAL

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.08

CONSUMO DIARIO: 10.4 kWh

VALOR DIARIO: $5,703

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 309 kWh

PERÍODO FACTURADO: 30 NOV/2022 A 30 DIC/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 314 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 4 03 404 0521
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	3000 4 03 404 0474
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00822073
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25768636
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección **Hogares** y haz click en **Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.**

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 6 116 116

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

EMERGENCIAS 115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2022
G:276.34 T: 47.09 D: 258.42 CV: 64.54 PR: 56.83 R: 24.98 CF: 0.00 / $728.24 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 723.08 Costo kWh Mes



FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 ENE/2023

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea.
Regístrate gratis en www.enel.com.co/es/personas/registro.html



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí.

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Daviplata, Nequi, MOVii, tpaga

Corresponsales Bancarios: Baloto, Su Red, Efecty, pagofácil, CONRED, puntored, MOVIRED, Reval, efácil

Red Digital | Centros de Servicio | Código QR

Almacenes de Cadena: RED CADE, enel, Alkosto

**Por restricciones sanitarias implementadas en los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tuboron. Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

1 Total Energía	+ Portafolio Enel X	+ 3 Total Aseo	= Total a Pagar	PAGO OPORTUNO
$171,175	$1,463,795	$13,730	$1,648,700	12 ENE/2023
				FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 16 ENE/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1085665-7 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 ENE/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	— Lectura Anterior	= Energía Facturada kWh	X Valor Unitario kWh	= Valor Facturado
ENERGÍA	66849	66535	314	$723.08	$227,048
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X	Valor kWh $723.0819 X	Beneficio -60.00%		$-55,971

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5,703 DIARIOS

SUBTOTAL CONSUMOS: $171,077

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:43,26- E	$102
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-4
SUBTOTAL:	$98

Concepto - Otros cobros asociados a energía

1 TOTAL ENERGÍA: $171,175

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA HOGAR	$42,900
INTERESES POR MORA SERV FINANCIERO (43.2	$2,100
SALDO CONVENIO CODENSA HOGAR	$17,505,682
CUOTA CAPITAL AFECTO INTERES CODENSA HOGAR	$1,021,722
SALDO VENTA CODENSA HOGAR	$981,681
CUOTA INTERES CODENSA HOGAR	$360,293
SEGURO DE VIDA	$17,800
Seguro Crédito Fácil	$9,980

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $1,463,795

Al pagar antes de la fecha de PAGO OPORTUNO evitarás que se generen intereses de mora. El servicio se suspenderá a partir de la fecha de suspensión, lo que genera un cobro por concepto de reconexión hasta de $75,004 según condiciones del servicio, de acuerdo a los costos publicados en el Pliego Tarifario.

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza.

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $292.5323 KWh

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | ASE No. 1 | NIT 901145808-5

	NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA
CUENTA CONTRATO	10721016
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	707474336
PERIODO DE FACTURACIÓN	08/11/2022 al 05/12/2022 — DÍAS LIQUIDADOS: 30

DATOS DEL USUARIO

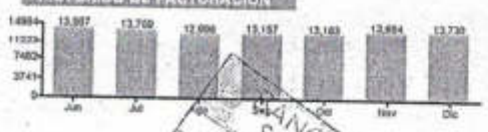
TIPO PRODUCTOR: Residencial		
VOLUMEN: 0.0000	DENSIDAD:	% PARTICIPACIÓN: 0%
ESTRATO: 1	FREC. RECOLECCIÓN: 3	FREC. BARRIDO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	$ 26,222.45
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$ 11,119.65
VALOR BASE APROVECHABLE:	$ 130,085.95

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00250421
LIMPIEZA URBANA:	0.00118637
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO	0.00005045
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.03196978
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$15,104.00
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-32,004.00
ASEO - CONTRIBUCIÓN RESIDENCIAL	$4,607.00
ASEO - DESC NO RECOLECC PUERTA A PUERTA	$-1,710.00
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBITO	$5.00
ASEO - INTERES POR MORA	$9.00

SUBSIDIO 70% | APORTE RESIDENCIAL 0% | APORTE NO RESIDENCIAL 0%

3 TOTAL ASEO: $13,730.00

BANCO GNB SUDAMERIS RAPICAJA DE CHAPINERO CAJA 03 16 ENE 2023 RECIBIDO 01 023

PUNTOS DE ATENCIÓN

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.	Carrera 56 # 9-17 Local 02 Torre Américas Edificio BOG Américas
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 6 S - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P.	Calle 65A No. 93-02
ÁREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38

MENSAJES DE INTERÉS

Para evitar inconvenientes con la aplicación de tu pago, recuerda pagar tu factura antes de la fecha de PAGO OPORTUNO

MESES EN MORA: 0

¿Tienes preguntas sobre tus consumos o servicios de energía?

Te lo contamos.

Escanea el código y conoce toda tu información o ingresa a www.enel.com.co/es/personas/aprende-con-enel.



Número de Cliente

1085665-7

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 707474336-8

(415)7707209914253(8020)011085665770747433 68(3900)00000001648700

PAGO OPORTUNO 12 ENE/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ 16 ENE/2023

TOTAL A PAGAR **$1,648,700**

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Dania Valeah

Apellidos: Guanume Castro

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1025 328 298

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 08 Año 2014

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24/01/22	SINOVAC	202108158	HOSPITAL SAN [illegible]	Mónica Quiñones C.C. 52624747 AUXILIAR EN ENFERMERIA	
	2	24/2/22	SINOVAC	[illegible]	Hospital San [illegible]	[illegible]	1030601480

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.025.328.298
GUANUME CASTRO

APELLIDOS
DANIA VALERIA

NOMBRES

Dania Guanume

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-AGO-2032 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
20-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01273332-F-1025328298-20211220 0077495174A 2 8503197651

1

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

55229485

55229485

NUIP 1.128.909.337

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					Z 4 T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA — RISARALDA — DOSQUEBRADAS

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGUIRRE	BERMUDEZ

Nombre(s): DYLAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes SEP Día 03	MASCULINO	"AB"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA — RISARALDA — PEREIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13502798-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BERMUDEZ CARVAJAL YARLY ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.088.010.462 DOSQUEBRADAS (RDA)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AGUIRRE BOTERO JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.088.244.820 PEREIRA (RDA)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AGUIRRE BOTERO JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.088.244.820 PEREIRA (RDA)	John Jairo Aguirre

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes SEP Día 09	DR. ALFREDO TORRES HURTADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X John Jairo Aguirre JOHN JAIRO AGUIRRE BOTERO Firma	DR. ALFREDO TORRES HURTADO Nombre y firma ALFREDO TORRES HURTADO NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTACION EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 21 FOLIO No. 174

ALFREDO TORRES HURTADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

414



REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

SLP No. R 1128909337 ARC

AGUIRRE BERMUDEZ DYLAN

AFILIADO

AGUIRRE BOTERO JOHN JAIRO
C 1088244820

USUARIO: **HIJO**

DISCAPACIDAD: **Ningu**

AFILIACION: Sep 21 2016 VENCE: Sep 3

A12818438

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios de salud de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1997, Decreto 1795 de 2000 y normas concordantes.
Presentar este carné con el documento de identificación y verificar que el afiliado está ACTIVO en la Base de Datos del SSFM.
En caso de pérdida, por favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, por favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301, 1310 a 1314 y 1460** en Bogotá DC.
Correo electrónico: afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Dylan

Apellidos: Aguirre Bermudez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cuál: RC

No. 1128909337

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 09 Año 2016

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03/nov/21	Sinovac	C20210919	Comed	Yulieth Sanchez	1094245298
	2	2/12/21	Sinova	C20210604	Comed	Juliana Rodriguez	1000699293

CHAPINERO PRIMERO | #CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ●

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ● | Fútsal ○ | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Aguirre	2º Apellido Bermúdez	1º Nombre Dylan	2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ✓ TI. ○	Nº. 1128909337	Lugar de Expedición Dosquebradas	
Sexo F ○ M ✓ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No ✓ ¿Cuál?		SISBEN o EPS Sanidad Militar
Fecha de Nacimiento 03 09 2016	Edad 6	Ciudad de Nacimiento Bogota	Departamento cundinamarca / País colombia
Dirección Residencia Cr 2 N 44-32		Barrio Mariscal Sucre / UPZ	Estrato 1
Teléfono Fijo 3103920956	Celular	Correo Electrónico Yarly026@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ✓ No ○	Grado Primero / Horario de Clases 7:00 - 2:00	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ✓ No ○	Dosis 1 ○ 2 ✓ 3 ○
Colegio Liceo Tomas Morales			Público ○ Privado ✓
Talla Uniforme 8 ✓ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Bermúdez	2º Apellido Carvajal	1º Nombre Yarly	2º Nombre Alejandra
Tipo de Documento CC ✓ CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1088010482	Lugar de Expedición Dosquebradas	Sexo F ✓ M ○ I ○
Parentesco Mamá	Ocupación Ama de Casa	Teléfono Fijo	Celular 3103920956

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ✓ | Víctima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indígenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Yarly Bermúdez identificado(a) con C.C. No. 1088010482 de Dosquebradas en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Dylan Aguirre Bermúdez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Yarly B 1088010482
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

6230249-8

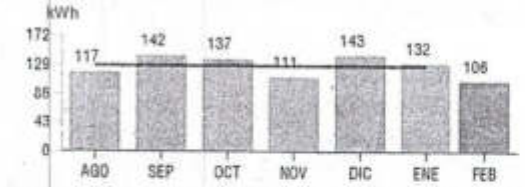
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 711253306-4

CLIENTE

4780

LÚZ MIRIAN ALARCON DE NOMESQUE
KR 2 NO 44 - 22 IN 1 PI 2
INTERIOR 1 PISO 2
BOGOTÁ, D.C.
SIBERIA CENTRAL

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $731.03

CONSUMO DIARIO: 3.4 kWh

VALOR DIARIO: $1,001

PERÍODO FACTURADO: 30 DIC/2022 A 30 ENE/2023

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 106 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 128 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 4 03 404 0583
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	3000 4 03 404 0529
CARGA KW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00822067
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	299304
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se enduentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección **Hogares** y haz click en **Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.**
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

ENERGÍA, SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca
601 5 115 115

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

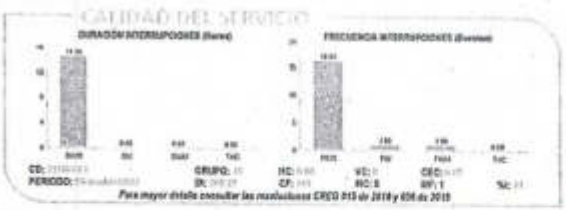
DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2022
G:$51.49 T: $0.00 D: $41.93 CV: $2.28 PR: $3.35 R: 33.50 CP: 0.00 / $692.79 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 731.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 02 FEB/2023



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2018

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Asegúrate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estén limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor.



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí.

¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tesharín, tú realizas el mismo con convencional transacción, acude al dispositivo más cercano de tu preferencia.

GRUPO: 1 CIRCUITO: CC14-22756781 - NIVEL DE TENSION: I PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACION: Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, cada día disponible que emite el sistema como soporte del pago. El recibo del consumo no es soporte válido en caso de reclamo. El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de prestación y servicios de valor agregado es Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

418

Total Energía		Portafolio Enel X		Total Aseo		Total a Pagar
$31,520	+	$0	+	$7,120	=	$38,640

PAGO OPORTUNO
09 FEB/2023
FECHA DE SUSPENSIÓN ①
13 FEB/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: **6230249-8**
PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 27 FEB/2023

Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	10570		10464		106		$731.03		$77,490
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 106 kWh X		Valor kWh $731.0358	X	Beneficio -60.00%				$-46,466
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,801 DIARIOS								SUBTOTAL CONSUMOS:	$31,024

Otros cobros asociados a energía

SALDO CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$3,795
CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$473
INTERES POR MORA (RES:6- NORE:43,25- E	$26
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-3
SUBTOTAL:	$495

① TOTAL ENERGÍA: **$31,520**

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o suscribiéndote a FACTURA VIRTUAL, desde www.enel.com.co en la sección Personas

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo

② TOTAL OTROS: **$0**

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.256

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza.

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $292.6820 KWh

ASEO

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | ASE No. 1 | NIT: 901145808-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA	
CUENTA CONTRATO	11296697
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	711253306
PERIODO DE FACTURACIÓN	06/12/2022 al 05/01/2023 — DÍAS LIQUIDADOS: 31

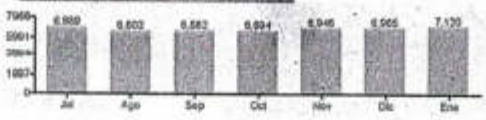
DATOS DEL USUARIO		
TIPO PRODUCTOR: Residencial		
VOLUMEN: 0.0000	DENSIDAD:	% PARTICIPACIÓN: 0%
ESTRATO: 1	FREC. RECOLECCIÓN: 3	FREC. BARRIDO: 2

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	1	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFAS

COSTO FIJO TOTAL:	$ 13,185.27
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$ 6,035.47
VALOR BASE APROVECHABLE:	$ 135,907.83

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00250421
LIMPIEZA URBANA:	0.00118837
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0.00005048
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.03456801
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0.00

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$23,716.00
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-16,631.00
ASEO - INTERES POR MORA	$0.00

SUBSIDIO 70% | APORTE RESIDENCIAL 0% | APORTE NO RESIDENCIAL 0%

③ TOTAL ASEO: **$7,120.00**

PUNTOS DE ATENCIÓN

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.	Carrera 54 # 9-17 Local 02 Torre Américas Edificio BOG Américas
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P.	Avenida Boyacá # 0.0 - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P.	Calle 65A No. 93-02
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-36

MENSAJES DE INTERÉS

PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP, Somos grandes contribuyentes segun resolucion No. 012220 del 28 de diciembre de 2022. Actividad economica 3811 recoleccion de desechos no peligrosos, tarifa 9.66 por mil.

MESES EN MORA: 0

¿Tienes preguntas sobre tus consumos o servicios de energía?

Te lo contamos.

Escanea el código y conoce toda tu información o ingresa a www.enel.com.co/es/personas/aprende-con-enel.



Número de Cliente
6230249-8
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.
711253306-4

(415)7707209914253(8020)0162302498711253306 4(3900)00000000038640

PAGO OPORTUNO
09 FEB/2023
FECHA DE SUSPENSIÓN ①
13 FEB/2023
TOTAL A PAGAR
$38,640

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	18 02 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ◯

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formacion

Baloncesto ● Fútsal ◯ Natación ◯ Patinaje ◯ Tenis ◯ Taekwondo ◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido Nava	2º Apellido Gomez	1º Nombre Angel	2º Nombre Gabriel
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. ●	Nº.	Lugar de Expedición	
Sexo F ◯ M ⊗ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 25 04 2011	Edad 11	Ciudad de Nacimiento	Departamento / País Venezuela
Dirección Residencia Tr 4 E		Barrio Bosque Calderon UPZ	Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3213851784) 3123376372	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si ◯ No ◯	Grado	Horario de Clases	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ⊗ No ◯ Dosis 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯
Colegio Eladios Mejias			Público ● Privado ◯
Talla Uniforme 8 ◯ 10 ◯ 12 ◯ 14 ◯ 16 ◯ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Nava	2º Apellido Montiel	1º Nombre William	2º Nombre Jose
Tipo de Documento CC ◯ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº.	Lugar de Expedición	Sexo F ◯ M ⊗ I ◯
Parentesco Padre	Ocupación Mensajero	Teléfono Fijo	Celular 3114617500

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Victima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indigenas ◯ Gitanos ◯ Otra ◯ ¿Cuál?

Yo, William nava, identificado(a) con C.C. No 11.452.663 de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) _____, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

William nava

Firma y cédula:

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALEXMARY DEL VALLE GOMEZ PAZ identificado(a) con Permiso Proteccion Temporal 1277918, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ACCION Y MISION CYG SAS NIT 901362754, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220919	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
PATRICK MATTHEW SANCHEZ GOMEZ	HI	5888770	PT	20210908	No Registrada	Activo
SAMANTHA BEATRIZ SANCHEZ GOMEZ	HI	5894597	PT	20210908	No Registrada	Activo
ANGEL GABRIEL NAVA GOMEZ	HI	5895767	PT	20210908	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Febrero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

VIGILADO SuperSubsidio

421

compensar | salud eps

Elaboró: ERIKA JOHANA DUCUARA
21091154

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

Superintendencia del Subsidio Familiar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5895767

NAVA GOMEZ
APELLIDOS

ANGEL GABRIEL
NOMBRES

COL

VEN M
NACIONALIDAD SEXO

2503201173
No. NUIP

25-03-2011
FECHA DE NACIMIENTO

16-07-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Angel
FIRMA

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	16/01/22	SINOVAC	202108[illegible]	SINERGIA	Nidia Johana Gonzalez C.C. 52 761 706 Enfermera	
	2		12/02/22				

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: ANGEL GABRIEL

Apellidos: NAVA GOMEZ

Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro X cuál: RUMV

No. 5895767

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 03 Año 2011

2 MESES

11242

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

LUZ MIRA PIMENTEL LUZ MIRA PIMENTEL
DG 58A 4B ESTE 45

CAMBIO DE DIRECCIÓN
INFORMAR ORIGINAL

ESTRATO:	1	CLASE DE USO:	Residencial
UNIDAD HABITACIONAL:	1	UNID. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: S2 RUTA: S22711B

Datos del medidor

MARCA: ACUAFORJAS NÚMERO: 99AB1111348 ALT: VOLUJ016C DÍGITOS: 12

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 11272824

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 12269231911

TOTAL A PAGAR: $85.160

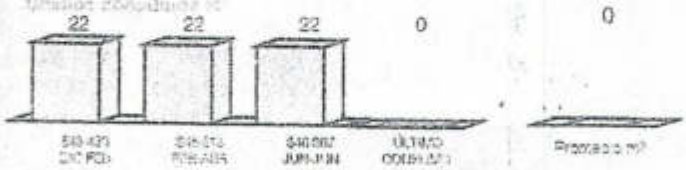
Fecha de pago oportuno: SEP/09/2022

Fecha generación de suspensión: SEP/14/2022

Datos del consumo

LECTURA ACTUAL:	978	CONSUMO M3:	0
LECTURA ANTERIOR:	978	Diferencia facturada:	0
FACTURADO CON:	Sin Consumo		

Últimos consumos M3



$49.431 DIC FCO | $46.574 FEB ANT | $40.667 JUN-P JN | ÚLTIMO CONSUMO | Promedio 3 m2

Periodo facturado: JUN/09/2022 - AGO/08/2022

FECHA DE EXPEDICIÓN: AGO/27/2022 FECHA GENERADA LA PRÓXIMA FACTURA: OCT/31/2022

Resumen de su cuenta

RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Cargo fijo residencial	1	$15.626,33	$15.626	$15.627-	$1.907,61	$1.908	Diferencias de meses: $908
Consumo residencial básico							
Consumo residencial complementario							
Cargo fijo no residencial							
Consumo no residencial (m3)							
			$15.626-	$15.627-		$0	$85.160
Cargo fijo residencial	1	$7.141,66	$7.142	$7.143-	$1.142,66	$7.143	
Consumo residencial básico							
Consumo residencial complementario							
Cargo fijo no residencial							
Consumo no residencial (m3)							
			$7.142	$7.143-		$0	$0

$0

$85.160 $0 $0

¡Atención!

Información de interés para todos

NO HAGA FILAS DE PAPEL

422

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto (X) | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Leal	2º Apellido carvajal	1º Nombre Erick	2º Nombre Thomas
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R (X) TI. ( )	Nº. 1094282820	Lugar de Expedición Pamplona	
Sexo F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 28 / 11 / 16	Edad 6	Ciudad de Nacimiento Pamplona	Departamento Nd Santander / País colombia
Dirección Residencia Cra 2 # 45-06		Barrio mariscal sucre / UPZ	Estrato 1
Teléfono Fijo	Celular 318-4001130-3168365461	Correo Electrónico Alma-genela190@hotmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado 1	Horario de Clases tarde	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio San Martin de Porres			Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 (X) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Leal	2º Apellido Becerra	1º Nombre Jose	2º Nombre Alexander
Tipo de Documento CC (X) CE ( )	Pasaporte ( ) Nº. 1094269093	Lugar de Expedición Pamplona	Sexo F ( ) M (X) I ( )
Parentesco Padre	Ocupación Imp	Teléfono Fijo	Celular 3168365461

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Jose Alexander Leal B., identificado(a) con C.C. No 1094269093 de Pamplona en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Erick Thomas Leal C, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Jose Leal B.
Firma y cédula: 1094269093

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



NO. RC- 1094282820 ARC
SLP

LEAL CARVAJAL ERICK THOMAS
AFILIADO:
LEAL BECERRA JOSE ALEXANDER
CC 1094269093

USUARIO: Hijo(a)
DISCAPACIDAD: Ninguna
AFILIACION: 14/08/2018
VENCE: 28/11/2034

A13028796

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.
Correo electrónico: afiliacionespqr@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05-11-21	Sinovac	C202106109	Comed	Yolith Sanchez	1042452980
	2	03-12-21	Sinovac	C202106109	Comed	JULIÁN LEÓN C.C. 1026596[illegible]	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Erick Thomas

Apellidos: Leal Carvajal

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál: R.C

No. 1.094.282.820

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 11 Año 2016

425

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1200229

NUIP 1.094.282.820

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
LEAL CARVAJAL ERICK THOMAS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguineo
Año 2016 Mes NOV Día 28 | MASCULINO | A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA NORTE DE SANTANDER PAMPLONA

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2017 Mes FEB Día 27 | 0056504317

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CARVAJAL PEÑA ERIKA LORENA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.094.265.507 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
LEAL BECERRA JOSE ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.094.269.093 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
LEAL BECERRA JOSE ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.094.269.093

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA NORTE DE SANTANDER PAMPLONA | Código N 9 R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2017 Mes FEB Día 27

Nombre y firma del funcionario

RAMON SAID REYES VILLEGAS
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
18075414-9

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

earth pact
ECOLÓGICO

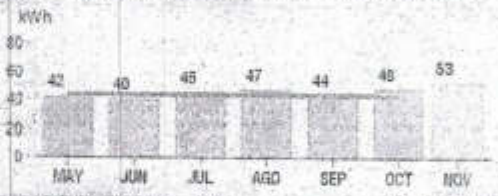
0940523-3

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701875227-1

CLIENTE

LUIS A MARTINEZ
TV 5 A ESTE NO 99 B - 43
SAN LUIS CHAPINERO
BOGOTÁ, D.C.
SAN LUIS ALTOS DEL CABO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723,66

CONSUMO DIARIO: 1.7 kWh

VALOR DIARIO: $847

PERÍODO FACTURADO: 11 OCT/2022 A 10 NOV/2022

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 53 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 607 0326
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 607 0481
CARGA kW:	1	MANZANA DE LECTURA:	MS00631652
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19722248
		MEDIDOR NO:	



Contáctanos

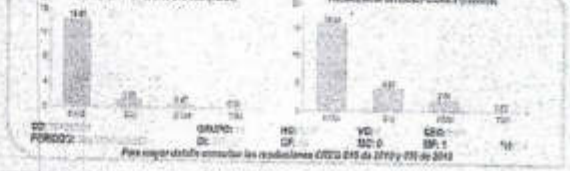
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.
App Enel Clientes Colombia
316 890 6002

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

ASEO SERVICIO AL CLIENTE: 110

DENUNCIAS: 601 5 894 694 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT 2022
G:272.32 T: 46.16 D: 281.48 CV: 62.33 PR: 58.33 R: 99.47 CP: 0.00 / $717,61 Costo kWh $/kv

Tarifa aplicada: Opción Tarifaria 703,59 Costo kWh $/kv

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta



FUNDACIÓN PLAN – CONVENIO Nº 529 DE 2013 COOPERACIÓN ALIANZA PUBLICO PRIVADA DE IMPULSO Y SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA - ESTRATEGIA NACIONAL CERO A SIEMPRE.

Proyecto: Cualificación de Agentes de la Primera Infancia en Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia Nacional para la Atención a la Primera Infancia de Cero a Siempre, en los departamentos de Choco, Huila, Tolima, Meta, Casanare y Guaviare (agosto 2013 – abril 2014)

Proceso de cualificación virtual en Referentes Técnicos de la Educación Inicial, dirigido a agentes educativos que trabajan con la primera infancia en el territorio nacional (abril 2014 – febrero 2015)

Periodo: Agosto 2013 – febrero 2015

Logro: Como Profesional Líder del proceso de cualificación de agentes de la primera infancia se supervisan las condiciones contractuales con las entidades educativas asignadas para desarrollar los procesos de cualificación verificando las condiciones económicas, administrativas y técnicas del convenio alianza.

Funciones: Seguimiento y monitoreo de las acciones adelantadas por las entidades educativas a cargo, desde una perspectiva territorial y acordes la proceso de cualificación.

Orientación técnica frente a los lineamientos de la Política Pública de Primera Infancia.

Contribución para la construcción de indicadores de medición de resultados e impacto del programa implementado y actualización de los mismos.

Generación de conceptos técnicos y recomendaciones de mejora en la calidad en la implementación durante la vigencia del convenio.

Estructuración de informes de gestión mensuales a las entidades públicas socias del convenio alianza y socios de cooperación internacional.

FUNDACIÒN PARA EL DESARROLLO INFANTIL, SOCIAL Y CULTURAL IWOKE - CONVENIO DE ASOCIACIÒN CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÒN SOCIAL

Proyecto: CENTRO FORJAR, modelo de atención integral para niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años en vulneración de derechos por maltrato infantil,

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	11 02 23
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ○

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto X | Fútsal ○ | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Vargas	2º Apellido Gonzalez	1º Nombre Maria	2º Nombre Alejandra
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. X	Nº. 1018489744	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F X M ○ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Compensar
Fecha de Nacimiento 02 10 2014	Edad 8 AÑOS Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento	País
Dirección Residencia Diagonal 1A Bis 1a 29		Barrio Mariscal sucre UPZ Chapinero	Estrato 1
Teléfono Fijo 3053455062	Celular	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si X No ○	Grado 3 Horario de Clases 6:30 a 11:30	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○	Dosis 1 ○ 2 X 3 ○
Colegio Colegio Tecnico Palermo		Público X Privado ○	
Talla Uniforme 8 ○ 10 X 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 30	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Gonzalez	2º Apellido Torres	1º Nombre Angie Na	2º Nombre Nathaly
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1018440335	Lugar de Expedición Bogota	Sexo F X M ○ I ○
Parentesco mamá	Ocupación Monitora	Teléfono Fijo 3053455062	Celular 3103246013

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Victima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indigenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Angie Nathaly Gonzalez T, identificado(a) con C.C. No 1018440335 de Bogotá en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Maria Alejandra vargas, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Angie Nathaly Gonzalez

Firma y cédula: 1018440335

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.018.489.744
VARGAS GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES

María Alejandra

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-OCT-2032 O+ F

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

14-OCT-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01260643-F-1018489744-20211019 0075808825A 1 8503155234

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) IVAN GIOVANNY VARGAS PULIDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1018453332, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa GONVAR CONSTRUCCIONES SAS NIT 901154128, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210823	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ANGIE NATHALY GONZALEZ TORRES	CY	1018440335	CC	20210823	No Registrada	Activo
MARIA ALEJANDRA VARGAS GONZALEZ	HI	1018489744	TI	20210823	No Registrada	Activo
SALOME VARGAS GONZALEZ	HI	1023168964	RC	20210823	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Enero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
JARDIN

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersubsidio

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	11 02 2023
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto 1 | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Gonzalez	2º Apellido Vargas	1º Nombre Danna	2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº. 1.018.489.229	Lugar de Expedición Bogotá D. C.	
Sexo F (X) M ( ) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 11 09 2014	Edad 8	Ciudad de Nacimiento Bogotá D.C	Departamento Cundinamarca / Pais Colombia
Dirección Residencia Diagonal 44 Bis #1a -29		Barrio Mariscal Sucre / UPZ Chapinero	Estrato 1
Teléfono Fijo —	Celular 3203565054	Correo Electrónico marisol vargas2311@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado 3°	Horario de Clases 6:30am-11:30am	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio Institución Educativa Colegio Tecnico Palermo			Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 (X) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Vargas	2º Apellido Pulido	1º Nombre Marisol	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 1018507312	Lugar de Expedición Bogota D.C	Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco Mamá	Ocupación Docente	Teléfono Fijo —	Celular 3203565054

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Marisol Vargas Pulido, identificado(a) con C.C. No 1018507312 de Bogotá D.C en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Danna Gonzalez Vargas, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Marisol Vargas / 1018507312
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	03 NOV 2021	sinovac	C202106110	Cuidarte IPS Salud SAS CUIDANDO Y SIRVIENDO	Yolainis Villanueva D. C.C.: 1047480514 Aux. de Enfermería	
	2	02 DIC 2021	sinovac	C202107138	Cuidarte IPS Salud SAS CUIDANDO Y SIRVIENDO	Angie Vargas 1000117587	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Maria Alejandra

Apellidos: Vargas Gonzalez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cuál: RC

No. 1.018 489 744

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 10 Año 2014

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1934511-0

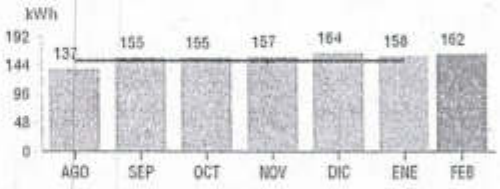
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 711253204-6

CLIENTE

4668

YOLANDA TORRES
DG 44 BIS NO 1 A - 27 IN 4
INTERIOR 4
BOGOTÁ, D.C.
SIBERIA CENTRAL

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $731.03

CONSUMO DIARIO: 5.2 kWh

VALOR DIARIO: $5,992

PERÍODO FACTURADO: 30 DIC/2022 A 30 ENE/2023

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 162 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 151 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 4 03 404 0471
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	3000 4 03 404 0426
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00822073
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25767723
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

DISTRITO SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

EMERGENCIAS 115 Gratuito las 24 horas

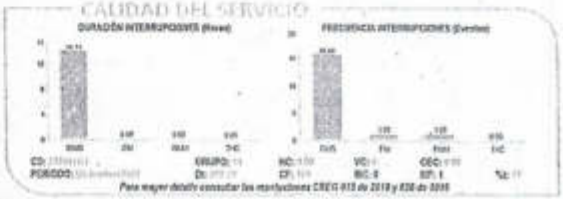
DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del cargo: Vigencia: DIC/2022
G:251.49 T: 90.20 D: 841.93 CV: 60.26 PR: 53.08 R: 33.50 CF: 0.00 / $880.79 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 731.03 Costo kWh Mes

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2014

FECHA DE EXPOSICIÓN FACTURA: 07 FEB/2023

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Asegúrate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estén limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor.



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí.

¿Cómo pagar tu factura?

Red Física | Centros de Servicio | Código QR

AFP Banco | Internet | Punto Pago Redeban | Teléfono Banco | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

**Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Bulla, SUPERCADE Bosa y CADE Tuban. Si realizan el pago en un corresponsal bancario, exige el comprobante que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

GRUPO: 1 CRUCERO; CO14 (V7/8/T8) - NIVEL DE TENSIÓN 1 Prestación del servicio de energía eléctrica y de productos y servicios en el mercado competitivo. Empresa COD. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, evite el desembolso que le... Entregue como soporte del pago. El sello del corresponsal no es soporte válido en caso de reclamo. El periodo del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios es el señalado en la factura. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

4668 (3350) W 8.241 - Página 1 de 6

43

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.018.489.229

GONZALEZ VARGAS

APELLIDOS

DANNA

NOMBRES

Danna G

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-2014

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-SEP-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G.S. RH

F
SEXO

14-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01275710-F-1018489229-20220112 0077790670A 2 8503155825

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	20 NOV 2021	sinovac	B202107095	Cuidarte Tu Salud sas CUIDANDO Y VIVIENDO	Reinaldo Ortiz C.C. 1.002489.544 Aux. de Enfermeria	
	2	18 DIC 2021	sinovac	B202109095	Cuidarte Tu Salud sas CUIDANDO Y SIMAS	Julieth Corredor C.C. 1033813926 AUX ENFERMERIA	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Danna

Apellidos: Gonzalez Vargas

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cuál: Nuip

No. 1018489229.

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 09 Año 2014

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) WILSON DARIO GONZALEZ TORRES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1026253027, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa COLVATEL S A ESP NIT 800196299, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210102	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DANNA GONZALEZ VARGAS	HI	1018489229	TI	20210102	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Febrero de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÈN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
21131858

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1934511-0

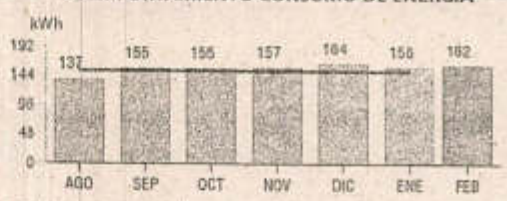
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 711253204-6

CLIENTE

4668

YOLANDA TORRES
DG 44 BIS NO 1 A - 27 IN 4
INTERIOR 4
BOGOTÁ, D.C.
SIBERIA CENTRAL

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $731.03

CONSUMO DIARIO: 5.2 kWh

VALOR DIARIO: $1,982

PERÍODO FACTURADO: 30 DIC/2022 A 30 ENE/2023

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES: 162 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 151 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 4 03 404 0471
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	3000 4 03 404 0428
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00822073
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25767723
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!



Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

EMERGENCIAS 115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2022
G:251.49 T: 50.20 D: 241.93 CV: 82.28 PR: 53.20 R: 53.82 CF: 0.00 / $968.79 Costo kWh filos

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 731.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 05 FEB/2023

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

Asegúrate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estén limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor.



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! Conoce los puntos aquí.

Pago Digital | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco | Internet | Puntos PagoRedeban | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

Medios virtuales de Pago | Bóveda Virtual | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

**Por restricciones sanitarias registraremos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información.

GRUPO: 1 CIRCUITO: CC16-22353781 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 MODALIDAD: Empresa COM. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en una Corresponsal Bancaria, exija el desprendible. Si realiza el pago en una Oficina de Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. El presente documento es comercializado y distribuido de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

funcionamiento de cada uno de los grupos conformados para el ciclo de formación y velar porque se consolide el proceso de formación en cada uno de ellos.

Realizar los contactos con las entidades del Distrito que se requieran para la realización de las actividades estipuladas en el contrato, además de participar en reuniones de la CLIP y demás instancias de participación de la localidad.

Aplicar metodologías de aprendizaje para adultos que garanticen el desarrollo adecuado del proceso de formación, incluyendo la selección de talleristas altamente calificados y con amplio manejo del modelo de aprendizaje por competencias.

Diseñar la metodología del ciclo de formación y el modelo para la medición inicial de conocimientos de los participantes, así como su consecuente modelo para la medición de conocimiento al finalizar el ciclo. Incluye elaboración de documento de análisis de los resultados de las dos mediciones.

SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, PROYECTO 760 ESTRATEGIA MOVIL PARA AL PREVENCION Y ERRADICACION DEL TRABAJO INFANTIL.

Proyecto: Estrategia Móvil para la prevención y erradicación del Trabajo Infantil.

Periodo: Enero 2018- Octubre 2022

Funciones: Participar en los Consejos y Mesas Locales, aportando a la elaboración de Productos y socializando avances de la Unidad en el Territorio.

Apoyar el Proceso de Identificación de la población en riesgo de Trabajo Infantil y vincularlas a la atención de la Estrategia Móvil.

Seguimiento a la Activación de Rutas de Atención de NNA en casos de Inobservancia, Amenaza o Vulneración de Derechos.

Diseño de documentos relacionados a la caracterización de la población atendida por, guía metodológica de atención y documento sobre el Trabajo infantil en se sector rural de la ciudad de Bogotá.

Orientación familiar frente a la prevención de violencias en el marco de acciones de cuidado y promoción de la política pública de mujer y género.

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS – FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL MODALIDAD VIRTUAL Y A DISTANCIA
Periodo: Mayo 2019 – Diciembre 2021

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto X | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo X

DATOS PERSONALES

1º Apellido Beltrán | 2º Apellido Valenzuela. | 1º Nombre Alan | 2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R ( ) TI. X | Nº. 1023167265 | Lugar de Expedición La Calera
Sexo F ( ) M X I ( ) | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS Capital Salud
Fecha de Nacimiento 29 12 2011 | Edad 10 | Ciudad de Nacimiento Bogotá | Departamento Cundinamarca | País Colombia
Dirección Residencia Diagonal 96A 28-06 Este. | Barrio San luis | UPZ | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 3-13-2-43-90-05 | Correo Electrónico
¿Estudias Actualmente? Si X No ( ) | Grado 4º | Horario de Clases Jornada Continua | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ( ) | Dosis 1 X 2 X 3 ( )
Colegio Verjón Bajo | Público X Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 X 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Valenzuela | 2º Apellido Mosquera. | 1º Nombre Dayana. | 2º Nombre
Tipo de Documento CC X CE ( ) Pasaporte ( ) | Nº. 1018424841 | Lugar de Expedición Bogotá | Sexo F X M ( ) I ( )
Parentesco Madre | Ocupación | Teléfono Fijo | Celular 3-13-2-43-90-05.

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Dayana Valenzuela Mosquera., identificado(a) con C.C. No. 1018424841 de Bogotá en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Alan Beltrán Valenzuela, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1018424841

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL
- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: AIDN

Apellidos: BEIRAN VALENZUELA

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1023167265

Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 12 Año 2011

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	13/1/22	SINOVAC	C2021061119	C.C. GALERIAS	Damariz Castellanos Gonzalez CC 1024462096 Aux Enfermeria	
	2	11-01-22	Sinovac	C2021068CC	Edenco	Magnolia López Vela C.C. 36.294.194 Auxiliar de Enfermería	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.167.265**
BELTRAN VALENZUELA
APELLIDOS

ALAN
NOMBRES

Alan Beltran
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-DIC-2029 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

23-JUN-2022 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1513800-01309730-M-1023167265-20220726 0080183625A 1 55979868

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto	Fútsal	Natación	Patinaje	Tenis	Taekwondo
X					X

DATOS PERSONALES

1º Apellido Beltrán	2º Apellido Valenzuela.	1º Nombre Ian	2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. X	Nº. 1023166069	Lugar de Expedición La Calera.	
Sexo F ( ) M X I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Capital Salud
Fecha de Nacimiento 20 11 2010	Edad 11	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento Cundinamarca País Colombia
Dirección Residencia Diagonal 96A 2B-06 Este		Barrio San Luís	UPZ Estrato 2.
Teléfono Fijo	Celular 3-13-243-90-05	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si X No ( )	Grado 6º	Horario de Clases Continua	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ( ) Dosis 1 X 2 X 3 ( )
Colegio Verjón Bajo			Público ( ) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 X 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Valenzuela	2º Apellido Mosquera.	1º Nombre Dayana.	2º Nombre
Tipo de Documento CC X CE ( )	Pasaporte ( ) Nº.	Lugar de Expedición Bogotá	Sexo F X M ( ) I ( )
Parentesco Madre.	Ocupación	Teléfono Fijo	Celular 3-13-2-43-90-05

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Víctima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Dayana Valenzuela Mosquera, identificado(a) con C.C. No. 1018424841 de Bogotá en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Ian Beltran Valenzuela., AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1018424841

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condicion de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Ian

Apellidos: Beltran Valenzuela

Documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: NIUP

No. 1023166069

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 11 Año 2010

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	13 Nov 2021	Sinovac	CO2106110	Ce Galenos	Damaris Castellanos Sánchez CC 1024462096 Aux Enfermería	
	2	11-DIC-21	Sinovac	CO2108115	Galenos	Magnolia López Vela C.C. 36.291.194 Auxiliar de Enfermería	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.166.069**

BELTRAN VALENZUELA

APELLIDOS

IAN

NOMBRES

Ian Beltran Valenzuela

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-NOV-2028 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

M SEXO

23-JUN-2022 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ÍNDICE DERECHO

P-1513900-01309730-M-1023166069-20220726 0080183616A 1 55979869

DOCUMENTOS DE INSCRIPCION TAEKWONDO CPS 153-22

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si X No ○

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal ○ | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo X

DATOS PERSONALES

1º Apellido Amezquita	2º Apellido	1º Nombre Danna	2º Nombre Valeria. Muñoz
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R X TI. ○	Nº. 1025153694	Lugar de Expedición Bogota.	
Sexo F X M ○ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Nueva EPS.
Fecha de Nacimiento 19 04 2016	Edad 6años. Ciudad de Nacimiento Bogota	Departamento Bogota	País Colombia.
Dirección Residencia Cll 96A #11 A Este 13.		Barrio San Isidro UPZ 89	Estrato 2
Teléfono Fijo 6320419.	Celular 3208927621	Correo Electrónico Leyi551204@hotmail.	
¿Estudias Actualmente? Si X No ○	Grado Primero. Horario de Clases 7am - 2Pm.	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○	Dosis 1 ○ 2 X 3 ○
Colegio Nueva Esperanza en la Calera			Público ○ Privado X
Talla Uniforme 8 ○ 10 X 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Amezquita	2º Apellido Guarin.	1º Nombre Yut	2º Nombre Yanira.
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1018434843.	Lugar de Expedición Bogota	Sexo F X M ○ I ○
Parentesco Mama.	Ocupación Secretaria.	Teléfono Fijo 6320419.	Celular 3208907590-3208927621

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ | Víctima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indígenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Yanira Amezquita Guarin, identificado(a) con C.C. No. 1018434843. de Bogota en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Danna Valeria Muñoz Amezquita., AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la práctica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1018434843. Bogota.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Pùblico	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1025153694

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53364448

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 11 8 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	AMEZQUITA

Nombre(s)
DANNA VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ABR Día 19	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13-60107-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
AMEZQUITA GUARIN LUZ YANIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1018433843 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ NIAMPIRA MIGUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1071162628 de LA CALERA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ NIAMPIRA MIGUEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1071162628 de LA CALERA	

Datos primer testigo

3102181294

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes ABR Día 22	JOSE ANGEL VELASQUEZ NIÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OCUPANTE DE ESTA NOTARIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

446

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **DANNA VALERIA MUÑOZ AMEZQUITA**; identificado(a) con **RC** número **1025153694** ; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **31/10/2019**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **9** días del mes **12** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

443

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Danna Valeria

Apellidos: Muñoz Amezquita

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cuál: NUIP

No. 1020153694

Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 04 Año 2016

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22/11/21	Sinovac	C202107137	C.C Galerias	Fernando [illegible] Romero	[illegible]
	2	20 DIC 2021	sinovac	202107095	Cuidarte Tu Salud SAS CUIDANDO Y SIRVIENDO	Laura Camila Perilla C.C. 1020839681 Aux Enfermería	

e: VANNA VALERIA [illegible] ALEZANDRA

Registro Civil: 1025153694

Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Tuberculosis B.C.G.	Única	19-04-16	Serum	9267	HUSJ	0616	Alba Gómez C.C. 52.441.055 Aux. Enfermería
Hepatitis B	Recién nacido	19-04-16	Ig	UUA13053	HUSJ	0616	
Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐						
Polio (Oral - IM)	1ª		Biothoven	IPV878C			
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª		Serum	1371Q5036C			
Rotavirus	1ª		Glaxo	AROLB252AA	CMF Heroes		Paola Ri Aux. de Enfer C. C. 52971C
Neumococo	1ª		Glaxo	ASPNA600AA			
Lactancia materna exclusiva	Sí ☒ No ☐						
Polio (Oral - IM)	2ª		Serum	180E6003.			
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª		Serum	137P6001C	CMF Heroes		Paola Ric Aux. de Enferme C. C. 5297106
Rotavirus	2ª		Glaxo	AROL252AA.			
Neumococo	2ª		Glaxo	ASPNA694AA			
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
Polio (Oral - IM)	3ª		Serum	18006009	06/18		
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª		Serum	137P6003E	06/18 CMF Heroes		ANGELA CORTES C
Influenza	1ª		GC FLUV	VS0216012	06/17 CMF Heroes		ANGELA CORTES C
Influenza	2ª		GC FLUV	VS0216012	06/17 CMF Heroes		
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª		Serum	013N5047B			
Fiebre Amarilla	1ª	24.10.17	SANOFI	M5223 V 11/2018	UPA SAN LUIS		Yanny Muñoz
Neumococo	Refuerzo		Glaxo	ASPNA892AA			
Influenza	Anual	14.06.17	SANOFI-P.	19022017	001/18 UPA SAN LUIS		Yanny Muñoz
Hepatitis A	ÚNICA		MSD	H026143	CMF Heroes		Paola Ric
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	24.10.17	SERUM	282P6010V04/18	UPA SAN LUIS		Yanny Muñoz
Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	24.10.17	SERUM	180C6079 V05/18	UPA SAN LUIS		
Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	20-4-21	Serum	1800P052 2/22	Subred N	20 oct 20A	18 Meses H S
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	20-4-21	Serum	282PK007A 5/22	Subred N		Mercy Sanchez
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	20-4-21	Serum	013N013GB 7/22	Subred N		Mercy Sanchez
VPH	1ª						
VPH	2ª					9 AÑOS	
VPH	3ª						
VARICELA	1.		MSD	H028915	CMF Heroes		Paola Ric
INFLUENZA	V	13 OCT 20	GC FLU	VS0220015	USS San Luis		PAOLA LOPEZ
Varicela		20-4-21	Merck	T026794 3/21 +8/22	Subred N		Mercy Sanchez
Sarampión-Rubeola	Adicional 8 JUL 2021		Sanofi	0126625	CAFAM Colliers		Jonatan Garcia

Stas vacunas son gratis

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4234647-4

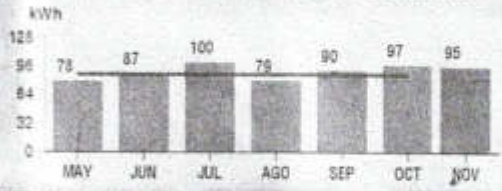
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701571592-7

CLIENTE

29913

MIGUEL ANTONIO MUNOZ
CL 96 A NO 11 A ESTE - 13
CASA
BOGOTÁ, D.C.
SAN ISIDRO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.08

CONSUMO DIARIO: 3,1 kWh

VALOR DIARIO: $1,190

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 87 kWh

PERIODO FACTURADO: 11 OCT/2022 A 10 NOV/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 95 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 602 0118
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 602 0180
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00831733
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	368350
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!



enel

25 AÑOS iluminando historias

Cumplimos 25 años construyendo historias para contribuir al desarrollo de Bogotá y del país. Tú nos inspiras a seguir trabajando todos los días para crear un mundo más sostenible.



Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Chat de servicio en: www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

ASEO SERVICIO AL CLIENTE: 110

DENUNCIAS: 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

CALIDAD DEL SERVICIO



COMPONENTES TARIFARIOS Componentes del costo. Vigencia: OCT/2022
G:272.32 T: 46.16 D: 251.48 CV: 62.73 PR: 56.33 R: 26.47 CP: 0.00 : $717.51 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria: 723.08 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 18 NOV/2022

CONECTA Y ENEL APORTAN AL AHORRO EN TU HOGAR

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad? Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta

CON PRÉSTAMO FÁCIL CODENSA
Compra todo lo que quieras

Solicita tu préstamo con ingresos desde 1/2 SMMLV y paga fácil a través de la factura de energía



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí.
O ingresa a www.creditofacilcodensa.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Punta Pago Bancolombia, Teléfono Bancos, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billeteras Virtuales: Daviplata, Nequi, Movii, Tpaga, Bim

Corresponsales Bancarios: Baloto, Efecty, Gana, Su Red, Todo 1, Pago Fácil, Pagos Virtuales, Conred, Punto Red, Movired, Reval, Efácil

Almacenes de Cadena: Red Distrital, Red Cade, Centros de Servicio, enel, Éxito, Carulla, Alkosto

Código QR

**Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunas de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobería. Si realizas el pago en las corresponsales bancarias, acerca el código QR que encuentras en la factura.

GRUPO 1 CIRCUITO: U527-44T617761 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, exija el desprendible que emita al distorno como soporte del pago. El valor del correspondal no es soporte válido en caso de reclamo. El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

450

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo (X)

DATOS PERSONALES

1º Apellido Galeano	2º Apellido Amezquita	1º Nombre Emily	2º Nombre Zoe
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	

Tipo de Documento R (X) TI. ( ) Nº. 1025153947 Lugar de Expedición Bogota

Sexo F (X) M ( ) I ( ) ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál? SISBEN o EPS EPS

Fecha de Nacimiento 15 08 2016 Edad 6 Ciudad de Nacimiento Bogota Departamento Cundinamarca País Colombia

Dirección Residencia Calle 103 # 5C - 43 - este via Calera Barrio San Isidro UPZ 89 Estrato 2

Teléfono Fijo 6486820 Celular 3214481491 Correo Electrónico estellaamezquitaguarin@hotmail.com

¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( ) Grado 1° Horario de Clases 7 - 2 ¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )

Colegio Nueva Esperanza Público ( ) Privado (X)

Talla Uniforme 8 ( ) 10 (X) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál? Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Amezquita	2º Apellido Guarin	1º Nombre Estella	2º Nombre Milena

Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( ) Nº. 52.961 880 Lugar de Expedición Bogota Sexo F (X) M ( ) I ( )

Parentesco Mamá Ocupación Oficios Varios Teléfono Fijo 6486820 Celular 3214481491

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Estella Milena Amezquita Guarin, identificado(a) con C.C. No. 52.961.880 de Bogota, en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Emily Zoe Galeano Amezquita, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Estella A. 52.961 880
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

Esta carné le acredita como afiliado al Plan de Beneficios en Salud de EPS SURA.

Para adquirir algún servicio identifíquese con el documento de identidad.

Para menores de 7 años, cuando presenten el documento de identidad deberán estar vinculados a EPS.

El usuario que esté trasladando de otra EPS hacia EPS SURA, la afiliación solo será efectiva cuando el traslado sea aceptado por la anterior EPS.

El derecho a la utilización del servicio será verificado previamente en el lugar donde solicite la atención. Adicional deberá estar al día en el pago de las cuotas.

Para solicitar cita, guías, servicios o consultar la red prestadora debes acudir a tu IPS.

En caso de una urgencia debes acudir a un hospital o centro médico con servicio de urgencias.

Consulta en www.epssura.com los centros de consultas de urgencias a donde puedes dirigirte.

La prestación de atención de urgencias deberá ajustarse a lo dispuesto en la norma Resolución 5267 Artículo 10 de 2017 Ministerio de la Protección Social.

Para garantizar la adecuada prestación de nuestros servicios, informamos cuando el carnet en tu poder ha caducado. Consulta tus beneficios y deberes como afiliado en www.epssura.com

EPS

sura

REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nombres EMILY ZOE

Apellidos GALEANO AMEZQUITA

Tipo y número de identificación RC 1025153947

IPS IPS SURA CHAPINERO

Fecha afiliación 01/07/2019

Línea de Atención al Usuario 401 70 00 - Bogotá D.C
Línea Gratuita Nacional 01800 51 37 00

452

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Escanea el código

ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 7015757706

CLIENTE

34011

JORGE ENRIQUE GALEANO NIAMPIRA
CL 103 NO 5 C ESTE - 43 IN 1
MZ E LT 195 A
BOGOTA, D.C.
PÁRAMO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.06

CONSUMO DIARIO: 4.6 kWh

VALOR DIARIO: $1,600

PERÍODO FACTURADO: 11 OCT 2022 A 10 NOV 2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 139 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 607 0883
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 608 0360
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS108104A5
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19452893
		MEDIDOR NO:	

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual



enel

25 AÑOS
iluminando historias

Logramos 25 años construyendo historias para contribuir al desarrollo Bogotá y del país. Tu nos inspiras a seguir trabajando todos los días para crear un mundo más sostenible.



Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Soacha: (601) 7510 510
Cundinamarca: (601) 5 316 510

EMERGENCIAS
115 Gratuita las 24 horas.

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

CALIDAD DEL SERVICIO



COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del mes: Vigencia: OCT/2022 | Tarifa aplicada Opción Tarifaria: 720.06 Costo kWh Mes

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta

CON PRÉSTAMO FÁCIL CODENSA
Compra todo lo que quieras

Solicita tu préstamo con ingresos desde 1/2 SMMLV y paga fácil a través de la factura de energía.



¡Acércate ya a nuestros puntos de venta!
conoce los puntos aquí.

¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital | Oficinas de Servicio | Código QR

Medios Virtuales de Pago | Billetera Virtual | Corresponsales Bancarios | Aliados de Cadena

**Por restricciones sanitarias los ingresos a todos los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página www.enel.com.co para más información. Ya no se acepta el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Bulos, SUPERCADE Bosa y CADE Tribeca. Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el comprobante que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en ese de ventas.

453

RAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

mento de nacer	**Fecha:**

PRIMER CONTROL MEDICO

l primer mes de vida	**Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
s	15 DIAS REFUERZO T1		
s			
s			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			
ses			

niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
l protocolo de la estrategia **AIEPI.**

	Fecha	Edad	Fecha
		42 meses	
		48 meses	
		54 meses	
		60 meses	
		66 meses	

s los niños se debe realizar toma de TSH al momento
para estudio de hipotiroidismo.

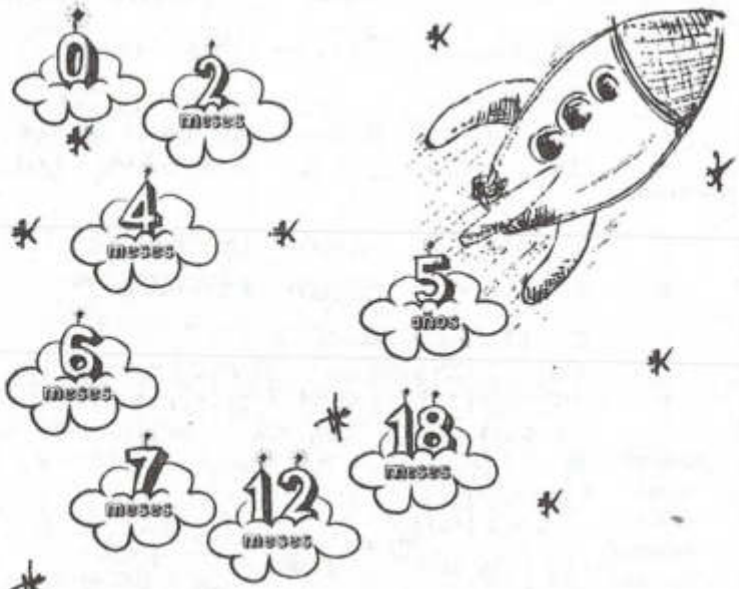
tado TSH:	
icación:	
l que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque el médico que protegerá hoy

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Emily Zoe Cadavid Arroyo
Fecha de nacimiento: 15-08-16
Nº de certificado de nacido vivo: 1392294004
Registro civil: 1025153941
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O +
Peso al nacer: 2960gr
Dirección: Cll 103 # 5c-93 Apto
Teléfono: 6986520
Responsable: Sicila Arroyo
Municipio de residencia: Bogotá
Departamento: Cundinamarca
CC 52461880

Recuerda: Con Bicha
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Emily Zoe Galeano Amezquita. **Registro Civil:** 1025153947

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☑ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	15. 08. 16	Serum	037C4473A 5/16	Clínica Eje		Paola Ramírez
	Hepatitis B	Recién nacido	15. 08. 16	Serum	037C4502CE 5/18	Medicina Jur		Paola Ramírez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	13 OCT 2016	BIOTHOLEN	IPV355A 09/18	CHF / Hanes		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13 OCT 2016	Serum	137P6003E 06/18	CHF / Hanes	15 10 16	
	Rotavirus	1ª	13 OCT 2016	GSK	ROTAR258AA 03/17	CHF / Hanes		
	Neumococo	1ª	13 OCT 2016	GSK	ASPNA177A 04/18	CHF / Hanes		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	19. 12. 16	Serum	18CC6078 5/18			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	19. 12. 16	Serum	137C6021A 5/18			
	Rotavirus	2ª	19. 12. 16	GSK	AROLR 395AA 2/18			
	Neumococo	2ª	19. 12. 16	GSK	ASPNA774CA 5/18			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	20 FEB 2017	Serum	18CC6079			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	20 FEB 2017	Serum	137C6021A		19 02 17	
	Influenza	1ª	05. 06 /2017	Sanofi. P	1902220170601/18	UPA SAN LUIS		
7 Meses	Influenza	2ª	06. 07 /2017	Sanofi. P	1902220170701/18	UPA SAN LUIS		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	15. 08 /2017	SERUM	013H6017A 04/18			
	Fiebre Amarilla	1ª	21 Feb 2018	Sanofi	N3P07	UEPA CHIC		
	Neumococo	Refuerzo	15. 08 /2017	G. S. K	ASPNA748AB 01/18			
	Influenza	Anual	14/03/19	SERUM	MAYO			
	Hepatitis A	ÚNICA	15. 08 /2017	MSD	M043705 03/05/19			
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo			282P6017			
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	21 Feb 2018	Serum	18CC6077	UEPA CHIC		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo			18 VOPS2 4/22			
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	21-02-2022	SERUM	282CR007A 3/22	SAN LUIS		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo			0130N168B 12/21	UPA SAN LUIS		
Niñas 9 Años o más	VPH		26-10-21		V502190D6			
	VPH	2°						
	VPH	SR.	10-5-21	SERUM	0129U193 5/22	USION LUIS		
	Influenza	Unica	29.9.20	Genfrigo	1902220 03/21	USION LUIS		
Vacunas complementarias y otras dosis	VARICELA: 15.08/2017	H033928 R.	21/07/2018	MSD	MERCK F	UPA SAN LUIS		
	Meningococo tetravalente		21-08-21	MERCK	F028452 4/22	San Luis		

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

MENINGOCOCO TETRAVALENTE

Pont. Univ. Javeriana Med. 15168P

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Emily Zoe.

Apellidos: Galeano Arrezquita.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cual: R.C.

No. 1025153947

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 08 Año 2016

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	07-11-21	Sinovac	C202106108	C.C 6 Verias	Rocio del Pilar Vivas M. Aux. Enfermería CC 51812452 Bta	
	2	06 DIC 2021	sinovac	B202107095	Cuidarte Tu Salud sas CUIDANDO Y SIRVIENDO	Angie Granada Aux. Enfermeria C.C. 1007463279	

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal ○ | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ⊗

DATOS PERSONALES

1º Apellido Hernandez	2º Apellido Martinez	1º Nombre Joycee	2º Nombre Hasbleidy
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. ⊗	Nº. 1026274031	Lugar de Expedición Bogota	
Sexo F ⊗ M ○ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS EPS
Fecha de Nacimiento 12 / 05 / 2009	Edad 13	Ciudad de Nacimiento Bogota	Departamento Bogota / País Colombia
Dirección Residencia Calle 97 #8-46 este		Barrio San Luis	UPZ 89 / Estrato 2
Teléfono Fijo	Celular 3118092922	Correo Electrónico Joyceehernandez2809@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ⊗ No ○	Grado 7	Horario de Clases Mañana	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ⊗ No ○ Dosis 1 ○ 2 ○ 3 ⊗
Colegio Colegio Cumpestre Monteverde			Público ⊗ Privado ○
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ⊗ ¿Cuál? M			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Martinez	2º Apellido Martinez	1º Nombre Sandy	2º Nombre Jasmin
Tipo de Documento CC ⊗ CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1020742453	Lugar de Expedición Bogota	Sexo F ⊗ M ○ I ○
Parentesco Hermana	Ocupación oficios varios	Teléfono Fijo	Celular 3214454178

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Víctima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indígenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Sandy Jasmin Martinez Martinez, identificado(a) con C.C. No. 1020742453 de Bogota en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Joycee Hasbleidy Hernandez Martinez. AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Sandy Martinez
Firma y cédula: 1020742453

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

456

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.026.274.031

HERNANDEZ MARTINEZ
APELLIDOS

JOYCEE HASBLEIDY
NOMBRES

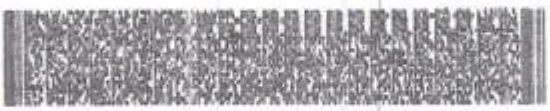




FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-MAY-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-1500150-00877369-F-1026274031-20170111 0063096397A 2 1264144155

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura por este medio? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cuenta es:

7487612-0

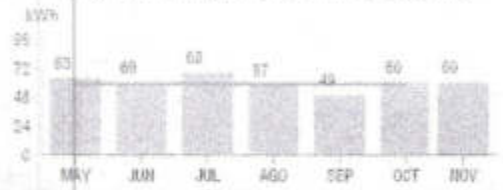
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701874170-2

CLIENTE

32818

JUAN CARLOS CORTES VALENZUELA
CL 97 NO 08 ESTE - 46
Apto 301
BOGOTÁ, D.C.
SAN LUÍS ALTOS DEL CABO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.08

CONSUMO DIARIO: 2.0 kWh

VALOR DIARIO: $733

PERIODO FACTURADO: 11 OCT 2022 A 10 NOV 2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 60 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 600 0926
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 605 0726
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS0083 1606
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	20039062
		MEDIDOR NO:	20039062

¡Este mes tuviste acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

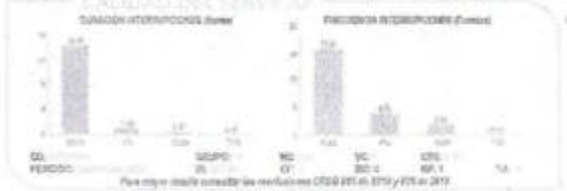
Enel Colombia
@EnelClientesCO
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

EMERGENCIAS 115 Gratuito las 24 horas

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo/ Vigencia: OCT 2022 — Tarifa aplicada Opción Tarifaria: 733.05 Costo kWh Mes

G $172.32 Tr $0.16 Di $51.48 CV $2.73 Pr $9.09 Rr $0.17 Cp $ 1.10 $717.81 Costo kWh Mes

FECHA DE SUSPENSIÓN LECTURA: 16/12/2022

CONECTA Y ENEL APUNTAN AL AHORRO EN TU HOGAR

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.eneiconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta



¿Aún no has activado tu factura digital? Ingresa a nuestra página de inicio y activa tu cuenta hoy.

Red Móvil | Centros de Servicio | Código QR

458

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Unica de Afiliados el Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1026274031
NOMBRES	JOYCEE HASBLEIDY
APELLIDOS	HERNANDEZ MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	14/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/09/2022 20:04:16	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de

459

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Joycee Hasbleidy

Apellidos: Hernandez Martinez

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 7026274037

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 05 Año 2009

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	02-04-21	Pfizer	3102580	compensar	Eiliana Bovera Marcos C.C. 53.043.454 Tecnico Auxiliar	
	2	20 DIC 21	Pfizer	Fm 2658	Compensar	Yudi Gomez	Vacunacion
		15 Mayo 2022	Comirnaty	ACC. 5853	Compensar	Luz Dary Guerrero C.C. 52.287.056 Aux. Enfermeria	

460

Doblar y rasgar

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Oficina Virtual

Regístrese en nuestra nueva Oficina Virtual y aproveche sus beneficios sin necesidad de desplazarse a los puntos de atención presencial. **www.grupovanti.com/oficinavirtual**



Entidades Recaudadoras

Medios de pago

pse

vanti

Pago por PSE ingresando a la dirección https://www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos

Redeban · Bancamía · Itaú · Banco Caja Social · Bancolombia · GNB Sudameris · Davivienda · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco AV Villas · Ampliada · Serfinanza

Puntos Presenciales

Fullcarga
MoviRed
Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Banco Caja Social
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies: Jumbo, Éxito, Olímpica Efecty

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A. ESP.**

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

Cuenta o Referencia de pago: **61505069**

vanti
Vanti S.A. ESP.

Cliente: ROSA MARIA MORA
Direccion: KR 2 45 0006 00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Sector: VILLA DEL CERRO
Lote: P06GN
Ruta: 00115503814000050l0
Código Sector 305
Medidor No.:5057101-18124

vanti Listo

Cupo disponible $ 2'000.000



Compra en nuestros aliados: Carrera Motos · GSM · Colchones Ensoñador

*No es acumulable en compras del mes.

Compra con Vanti Listo y paga por medio de tu factura de gas natural.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

*Se entregarán 3.000 Pines Virtuales Kupi para redimir en sus comercios aliados, vigencia de redención hasta por 3 meses.

*Conoce T&C de la campaña ingresando a vantilista.com/celebraciones. Aplica únicamente para las categorías de productos señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilista.com/politicasdefinanciación. Vanti Listo es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción valida hasta el 28 de febrero de 2023 o hasta agotar existencias.

Información de interés: A partir del 1 de septiembre ten en cuenta el nuevo esquema de marcación desde teléfonos móviles o fijos

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794

Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea de Atención de Emergencias **01 8000 919 052** **24 horas Móvil y fijo** **164**

Puntos de atención presencial:
Puedes consultarlos en nuestra página web www.grupovanti.com

Doblar y rasgar

Logros: Como docente de medio tiempo se acompaña el proceso formativo de los estudiantes en asignaturas especificas de la intervención del Trabajo Social, prácticas académicas y proyecto de investigación.

Funciones: Orientar los procesos formativos de los y las estudiantes de la modalidad a distancia y virtual en las asignaturas de organización y desarrollo comunitario, proyectos sociales y familia.

Acompañar los procesos de prácticas académicas de los y las estudiantes frente a la formulación de proyectos de intervención social y orientar los proyectos investigativos de estudiantes como opción de grado.

Desarrollo de la propuesta para le seminario optativo en Derechos Humanos y Perspectivas de Género desde el abordaje del Trabajo Social.

CORPORACION UNIVERSITARIA REPUBLICANA – FACULTAD DE POSGRADOS

Periodo: Octubre 2018 – Junio 2019

Logro: Acompañar procesos formativos en modalidad de posgrado a estudiantes de la Especialización en Intervención y Gerencia Social.

Funciones: Como docente catedrática se adelantan seminarios de profundización en primer semestre (Pobreza, Exclusión y Desigualdad Social) y segundo semestre (Contextos y actores de la Gerencia Social) y (Modelos y herramientas de la Gerencia Social).

CORPORACION UNIVERSITARIA REPUBLICANA – FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Periodo: Agosto 2017 – Diciembre 2018

Logro: Como docente medio tiempo se acompaña el proceso académico en la facultad de Trabajo Social.

Funciones: Docente de medio tiempo asignaturas teóricas y prácticas de la intervención profesional de la Facultad de Trabajo Social.

CHAPINERO | CHAPINERO DISTRITO DEPORTIVO

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto | Fútsal | Natación | Patinaje | Tenis | Taekwondo X

1º Apellido Garzon | 2º Apellido Martinez | 1º Nombre Harold | 2º Nombre Alexis
Nombre Jurídico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R TI. X | Nº. 1034297968 | Lugar de Expedición Bogota
Sexo F M X I | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS EPS
Fecha de Nacimiento 20 07 2010 | Edad 12 | Ciudad de Nacimiento Bogota | Departamento Bogota | Pais Colombia
Dirección Residencia Trans 51 este # 99-B-43 | Barrio San Luis | UPZ 89 | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 3113019102 | Correo Electrónico mdeisypaola@gmail.com
¿Estudias Actualmente? Si X No | Grado 6° | Horario de Clases Mañana | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No Dosis 1 2 3 X
Colegio colegio Campestre Monteverde I.E.D | Público X Privado
Talla Uniforme 8 10 12 14 16 Otra X ¿Cuál? 5 | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

1º Apellido Martinez | 2º Apellido Martinez | 1º Nombre Deisy | 2º Nombre Paola
Tipo de Documento CC X CE | Pasaporte | Nº. 1018442568 | Lugar de Expedición Bogota | Sexo F X M I
Parentesco Mamá | Ocupación oficios varios | Teléfono Fijo | Celular 3227257095

Afrocolombianos | Víctima del Conflicto | LGBTIQ+ | Indígenas | Gitanos | Otra ¿Cuál?

Yo, Deisy paola Martinez Martinez, identificado(a) con C.C. No. 1018442568 de Bogota en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Harold Alexis Garzon Martinez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Deisy Martinez
Firma y cédula: 1018442568

Fotocopia Documento Inscrito
Fotocopia Recibo Público
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
Certificado Vacunas COVID-19

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

62

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.034.297.968**

GARZON MARTINEZ

APELLIDOS

HAROLD ALEXIS

NOMBRES

Harold Alex. G

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

20-JUL-2028 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

31-JUL-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

I-1000100-00820090-M-1034297968-20170607 0026804CBA 1 1264352368

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1034297968
NOMBRES	HAROLD ALEXIS
APELLIDOS	GARZON MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/25/2022 08:51:50 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Nombre: Harold Alexis G[redacted] Martinez **Registro Civil:** NUIP 1034297968 Copia

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	20-07-10	BCG.		Hospital Engativa Cll 80		
	Hepatitis B		Recién nacido	20-07-10					
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	20-09-10					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	20-09-10	Pentalíquida		Grupo extramural Chapinero		
	Rotavirus		1ª	20-09-10					
	Neumococo		1ª	20-09-10					
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	22-11-10					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	22-11-10	Pentalíquida		UPA San Luis.		
	Rotavirus		2ª	22-11-10					
	Neumococo		2ª	22-11-10					
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	24-01-11					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	24-01-11	Pentalíquida		UPA San Luis		
	Influenza		1ª						
7 Meses	Influenza		2ª						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	28-07-11					
	Fiebre Amarilla		1ª	28-07-11			Grupo Extramural Chapinero.		
12 Meses	Neumococo		Refuerzo	28-07-11			Grupo Extramural Chapinero.		
	Influenza		Anual	16 OCT 2020	GC FLU	V502200A5	USS San Luis		Paola Lopez.
	Hepatitis A		ÚNICA	28-07-11			Grupo Extramural Chapinero.		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª Refuerzo	24-I-12	DPT				
	Polio (Oral - IM)		1ª Refuerzo	24-I-12	Antipolio		UPA San Luis		
	Polio (Oral - IM)		2ª Refuerzo	24-7-15	Sanofi L5019 18/15				
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (~~DPT~~) Pentavalente		2ª Refuerzo	24-7-15	Quimaxem 1453141 8/8-15		UPA San Luis		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	24-7-15	SERUM 013N3035A 11/15		UPA San Luis		Alimenténdez
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	~~VPH~~	SR	ADICIONAL	7-MARZO-22	SERUM C1294235 5/22		USS San Luis		Nancy Acuña
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela ① ② Hepatitis A ② Meningococo		Sinovac 2ª	20/12-21	B202107095		compensar Jimenez		

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

COVID 19 — IRA 14-11-21 SINOVAC 20210611O SANITAS 12/DIC/21 Cristian Ramirez

S95

CHAPINERO | CHAPINERO DISTRITO

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto | Fútsal | Natación | Patinaje | Tenis | Taekwondo X

1º Apellido Martinez | 2º Apellido Martinez | 1º Nombre Kevin | 2º Nombre David
Nombre Jurídico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R | TI. X | Nº. 1018 494 032 | Lugar de Expedición Bogota
Sexo F | M X | I | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si | No X | ¿Cuál? | SISBEN o EPS EPS
Fecha de Nacimiento 12 04 2015 | Edad 7 | Ciudad de Nacimiento Bogota | Departamento Bogota | Pais colombia
Dirección Residencia trans 5A este 99B-43 | Barrio San Luis | UPZ 89 | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 322 725 7095 | Correo Electrónico mdeisypaola06@gmail.com
¿Estudias Actualmente? Si X No | Grado 1° | Horario de Clases Mañana | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No | Dosis 1 | 2 | 3 X
Colegio colegio campestre Monteverde | Público X | Privado
Talla Uniforme 8 X | 10 | 12 | 14 | 16 | Otra | ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

1º Apellido Martinez | 2º Apellido Martinez | 1º Nombre Deisy | 2º Nombre Paola
Tipo de Documento CC X | CE | Pasaporte | Nº. 1018 442 568 | Lugar de Expedición Bogota | Sexo F X | M | I
Parentesco Mamá | Ocupación oficios varios | Teléfono Fijo | Celular 322 725 7095

Afrocolombianos | Víctima del Conflicto | LGBTIQ+ | Indígenas | Gitanos | Otra | ¿Cuál?

Yo, Deisy Paola Martinez Martinez, identificado(a) con C.C. No. 1018 442 568 de Bogota en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Kevin David Martinez Martinez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Deisy Martinez
Firma y cédula: 1018442568

Fotocopia Documento Inscrito
Fotocopia Recibo Público
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
Certificado Vacunas COVID-19

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.018.494.032**

MARTINEZ MARTINEZ

APELLIDOS

KEVIN DAVID

NOMBRES

Kevin David

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

12-ABR-2033 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

05-MAY-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01299788-M-1018494032-20220531 007951054 2A 1 8504690060

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es

0940523-3

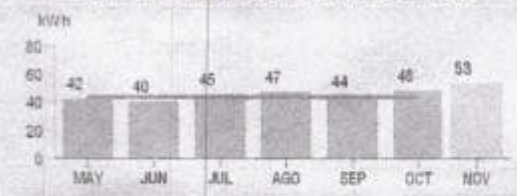
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701975227-1

CLIENTE

33461

LUIS A MARTINEZ
TV 5 A ESTE NO 99 B - 43
SAN LUIS CHAPINERO
BOGOTÁ, D.C.
SAN LUIS ALTOS DEL CABO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.00

CONSUMO DIARIO: 1.7 kWh

VALOR DIARIO: $947

PERIODO FACTURADO: 11 OCT/2022 A 10 NOV/2022

DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 53 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 607 0326
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 607 0481
CARGA kW:	1	MANZANA DE LECTURA:	MS00631652
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19722246
		MEDIDOR NO:	

Cada mes tenemos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de ahorro en www.enel.com.co

enel

25 AÑOS iluminando historias

Cumplimos 25 años iluminando historias para contribuir al desarrollo de Bogotá y del país. Tú nos inspiras a seguir trabajando todos los días para crear un mundo más sostenible.



Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

App Enel Clientes Colombia

316 890 6003

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

AÑO SERVICIO AL CLIENTE: 110

DENUNCIAS: 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: OCT/2022
G:$170.32 T:$ 46.16 D:$ 251.48 C:$ 62.73 PR:$ 56.03 R:$ 80.47 CP:$ 0.00 / $717.81 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 723.00 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 15/NOV/2022

CONECTA Y ENEL APORTAN AL AHORRO EN TU HOGAR

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta

CON PRÉSTAMO FÁCIL CODENSA
Compra todo lo que quieras
Solicita tu préstamo con ingresos desde 1/2 SMMLV y paga fácil a través de la factura de energía.

¡Acércate ya a nuestros puntos de venta! conoce los puntos aquí

¿Cómo pagar tu factura?
Red Bancaria | Centros de Servicio | Código QR
Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

**Por restricciones sanitarias implementadas dentro de los puntos de recaudo en algunas de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tibabuyo. El recibo al pago en un corresponsal bancario, asigna el disponible que exista el establecimiento como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

El periodo del servicio de comercialización y distribución y energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT 900.063.875-6. Emitido según lo establecido por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1018494032
NOMBRES	KEVIN DAVID
APELLIDOS	MARTINEZ MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/01/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/25/2022 08:51:05	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las **EPS, EOC y EPS-S.**

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Nombre: Kevin David Martinez Martinez

Registro Civil: N.U.I. 1018494032

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	27 Ene/2015	BSI-Z				
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	10 Junio 2015				14 Junio 2015	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª	10 Junio 2015					
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	25 AGO 2015	Sanofi	L5019			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	6 AGO 2015	Serum	1378201BD			
	Rotavirus	2ª	6 AGO 2015	Glaxo				
	Neumococo	2ª	6 AGO 2015					
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	28-10-15	Sanofi	L5022			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	28-10-15	Serum	1378201BD			
	Influenza	1ª	Junio 3/16	GCFLU	V502160I2	02/17		
7 Meses	Influenza	2ª	6 Oct 2016	Greenstone	V502160I2	02/17	UPA SAN LUIS	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		25-04-16	Serum	0138N246B	04/18	UPA SAN LUIS	
	Fiebre Amarilla		30-11-16	Sanofi	M5009	12/17	UPA SAN LUIS	
	Neumococo	Refuerzo	25-04-16				UPA SAN LUIS	
	Influenza	Anual	16 Oct 2020	GC FLU	V502160I2	02/17	UPA SAN LUIS	
	Hepatitis A	ÚNICA	25-04-16	MSD	L030775	14/01/18	UPA SAN LUIS	
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	30-11-16	Serum	282P60094	10/18		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	30-11-16	Serum	1800607B	5/18		
	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	15-04-2020	Sanofi	P31+12 V-30-6-21		Subred Norte	
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	15-04-2020	Serum	2816Y001A V-31-1-21		Subred Norte	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	15-04-2020	Serum	0138N246B V-30-1-21		Subred Norte	
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	ADICIONAL	9 MARZO 01-2022	SERUM	0129W23A/22		Subred Norte	
Vacunas complementarias y otras dosis	Neumococo Refuerzo		15-04-2020	Merck	3018615 V-13-1-21		Subred Norte	
	VARICELA ① 25.04.16	MSD	L018252	V. 21.05/17			UPA SAN LUIS	
	Hepatitis A ②							
	neumococo ① Synflorix	Zeta	20-12-21	B202109095			Compensar	

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

COVID 19

TBA 14-11-21 SINOVAC 20210610 SANOFI

Estas vacunas son gratuitas

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción Chapinero
Fecha 06/08/2022
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No X

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participaras en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto	Fútsal	Natación	Patinaje	Tenis	Taekwondo
○	○	○	○	○	1

DATOS PERSONALES

1º Apellido Cortes | 2º Apellido López | 1º Nombre Juan | 2º Nombre Jose
Nombre Juridico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R ○ TI X | Nº. 1032879470 | Lugar de Expedición Bogotá
Sexo F ○ M X I ○ | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS Policia
Fecha de Nacimiento 25 10 2014 | Edad 7años | Ciudad de Nacimiento Bogotá | Departamento Cundinamarca | Pais Colombia
Dirección Residencia Cll 97 # 8-46 ESTE | Barrio San Luis | UPZ 89 | Estrato 2
Teléfono Fijo 6320424 | Celular 3208953725 | Correo Electrónico anita.lopez.jv15@gmail.com
¿Estudias Actualmente? Si X No ○ | Grado Segundo | Horario de Clases 6am - 2:30pm | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○ | Dosis 1 ○ 2 X 3 ○
Colegio Fundación Nueva Granada | Público X Privado ○
Talla Uniforme 8 ○ 10 X 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido López | 2º Apellido Ibañez | 1º Nombre Ana | 2º Nombre Maria
Tipo de Documento CC X CE ○ | Pasaporte ○ | Nº. 52907522 | Lugar de Expedición Bogotá | Sexo F X M ○ I ○
Parentesco Mamá | Ocupación Hogar | Teléfono Fijo 6320424 | Celular 3208953725

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Victima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indigenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Ana Maria Lopez Ibañez identificado(a) con C.C. No 52907522 de Bogotá en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Juan Jose Cortes Lopez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la práctica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Ana Maria L.I
Firma y cédula: 52907522

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Pos. en condicion de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la Fundación IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.032.879.470
CORTES LOPEZ

APELLIDOS
JUAN JOSE

NOMBRES

Juan Jose C. L

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-OCT-2032 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
11-NOV-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-01273332-M-1032879470-20211220 0077496021A 2 8503380267

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS	POLICÍA NACIONAL
Código: 2AR-FR-0052		
Fecha: 21-11-2019	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PARA BENEFICIARIOS	
Versión: 1		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) CORTES VALENZUELA JUAN CARLOS, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 80849864, se encuentra afiliado (a) en calidad de Titular Cotizante en estado de afiliación ACTIVO, al Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) en el grado de Subintendente, con estado laboral Laborando y tiene como beneficiario(s) a:

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	ESTADO DE AFILIACIÓN
HIJO (A)	CORTES LOPEZ JUAN JOSE	TI 1032879470	ACTIVO

Por no contemplar las normas que regulan el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Decreto 1795 de 2000 o normas que lo modifiquen o adicionen), la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen; **no afiliará al cónyuge, compañero(a) permanente, padres e hijos de los cotizantes contemplados, que tengan una relación laboral, pensión o ingresos adicionales sobre** los cuales estén obligados a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social.

El cónyuge, compañero(a) permanente, padres o hijos de los afiliados que sean trabajadores, que generen ingresos **como independientes, DEBERÁN PERMANECER OBLIGATORIAMENTE** en el Régimen Contributivo y en **consecuencia no procede** la afiliación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional. **(Aplicación Decreto 780 de 6 de mayo de 2016 (artículo 2.1.13.2 APLICABILIDAD) o normas vigentes que lo modifiquen o adicionen), no procede traslado de aportes al ADRES.**

La presente se expide **a solicitud del interesado. Dada en a los 25 días del mes de noviembre del año** 2022, para ser presentada **a QUIEN INTERESE - NO VALIDO PARA NINGUN TIPO DE TRAMITE** LABORAL, PRACTICA ACADEMICA **O DILIGENCIA** REMUNERADA.

Atentamente,

DIANA BOLAÑOS

SI DIANA GISSEL BOLAÑOS ORTIZ
Responsable Validación de Derechos

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

7487612-0

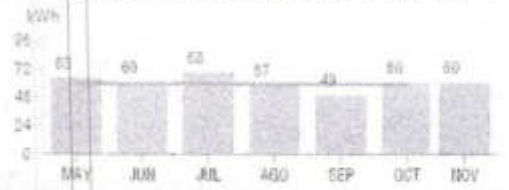
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701574170-2

CLIENTE

32818

JUAN CARLOS CORTES VALENZUELA
CL 97 NO 08 ESTE - 46
Apto 301
BOGOTÁ, D.C.
SAN LUÍS ALTOS DEL CABO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $723.02

CONSUMO DIARIO: 2.0 kWh

VALOR DIARIO: $733

PERIODO FACTURADO: 11 OCT 2022 A 10 NOV 2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 60 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 8 11 605 0926
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 8 11 605 0726
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS0031505
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	20339052
		MEDIDOR NO:	20339052

¿Con esta factura accesa a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y el **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual?



enel

25 AÑOS
iluminando historias



Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

DIGITE SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Soacha: (601) 7510 110
Cundinamarca: (601) 9 510 510

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

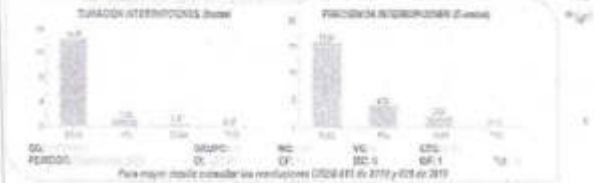
ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 015 de 2019

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo: Vigencia: OCT 2022 | Tarifa aplicada Opción Tarifaria: TSLSS Costo kWh Mes

$717,51 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 14/10/2022

CONECTA Y ENEL APORTAN AL AHORRO EN TU HOGAR

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta

CON PRÉSTAMO FÁCIL CODENSA
Compra todo lo que quieras
Solicita tu préstamo con ingresos desde $1'000.000 y paga fácil a través de la factura de energía



¿Ya conoces nuestros puntos de venta? Conoce los puntos aquí

¿Cómo vamos en tu factura?

Red Móvil | Centros de Servicio | Código QR

"El CIRCUITO DF/S 01/01 RR - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Ingenia COB FACTURACIÓN: Si toma el pago en Cenconcruz, Barrio No. está el descontado por todo soporte del pago. El todo del descuento para soporte no es soporte válido en caso de reclamo sobre el servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y en prestación y servicios de caso agregado de Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Emitido vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

473

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10 NOV 2021	SINOVAC	20206410	Innovar Salud	[illegible]	[illegible]
	2	15 DIC 2021	sinovac	20210103 CPS	Cruz Roja [illegible]	CATALINA CASTELLANOS C.C. 1.000.135.901 AUXILIAR DE ENFERMERIA AUXILIAR DE ENFERMERIA	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Juan Jose
Apellidos: Cortes Lopez
Documento de Identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cual:
No. 1032879470
Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 10 Año 2014

CHAPINERO PRIMERO | #CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ◯ | Fútsal ◯ | Natación ◯ | Patinaje ◯ | Tenis ◯ | Taekwondo ✓

DATOS PERSONALES

1º Apellido Morales	2º Apellido Paba	1º Nombre Tania	2º Nombre Gisella
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. ✓	Nº. 1.015.430359	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F ✓ M ◯ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ✓ ¿Cuál?		SISBEN o EPS E.P.S
Fecha de Nacimiento 04 04 2010	Edad 12	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento Cundinamarca / País Colombia
Dirección Residencia Kra 10 este #96-41	Barrio San Luis	UPZ 89	Estrato 2
Teléfono Fijo	Celular 3203646806	Correo Electrónico marelvysPabapacheco1277@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ✓ No ◯	Grado 7	Horario de Clases J. Unica	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ✓ No ◯ Dosis 1 ✓ 2 ✓ 3 ✓
Colegio Tomas Carrasquilla			Público ✓ Privado ◯
Talla Uniforme 8 ◯ 10 ◯ 12 ◯ 14 ◯ 16 ✓ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Paba	2º Apellido Pacheco	1º Nombre Marelvys	2º Nombre
Tipo de Documento CC ✓ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 33.220.428	Lugar de Expedición Mompox	Sexo F ✓ M ◯ I ◯
Parentesco Madre	Ocupación Ama de casa	Teléfono Fijo	Celular 3203646806

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ✓ Víctima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indígenas ◯ Gitanos ◯ Otra ◯ ¿Cuál?

Yo, Marelvys Paba Pacheco identificado(a) con C.C. No. 33-220.428 de Mompox en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Tania Gisella Morales P., AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Marelvys

Firma y cédula: C.C. 33-220-428

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.015.430.359**

MORALES PABA

APELLIDOS

TANIA GISELLA

NOMBRES

Tania Gisella

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ABR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-ABR-2028 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S RH SEXO

15-AGO-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01083415-F-1015430359-20190712 0066304679A 1 9909266441

enel | Bogotá

EL COLOMBIA S.A. E.S.P.
T: 860.063.875-8
de 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0940704-3

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 870316347-4

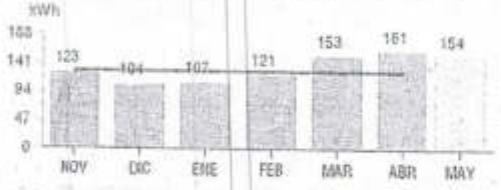
CLIENTE

3246O

LUIS EDUARDO RIAÑO
KR 10 ESTE NO 96 - 41

BOGOTÁ, D.C.
SAN LUÍS ALTOS DEL CAMO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $665.33

CONSUMO DIARIO: 5.1 kWh

VALOR DIARIO: $1,974

PERIODO FACTURADO: 11 ABR/2022 A 11 MAY/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 154 kWh

COMPARATIVO PERIODO ANTERIOR: (1 TIMOS 6 MESES) 127 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 605 0451
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 605 0518
CARGA kW:	5	MANZANA DE LECTURA:	MB00831654
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25370594
		MEDIDOR NO:	

MEDIDOR Y TU CONSUMO [illegible] variación, conéctate las 24 horas causas y tips de consumo en www.enel.com.co





Contáctanos

Radicaciones en: clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003
Enel Colombia
@EnelClientesCO

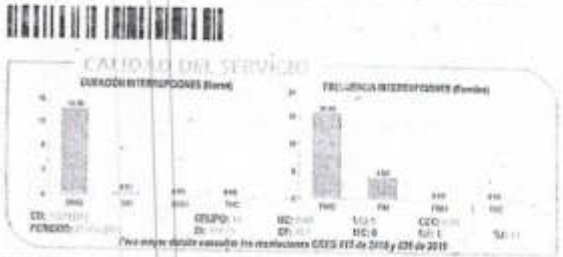
EMPRESA PRESTADORA CLIENTE: Bogotá y Pobres 601 7115 115 | Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

ASEO SERVICIO AL CLIENTE: 110

DENUNCIAS: 601 5 894 894

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Cuando salgas de viaje recuerda desconectar tus electrodomésticos para reducir el consumo de energía.



Canales de Servicio | Código QR

4 22

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) PABA PACHECO MARELVYS identificado(a) con Cedula Ciudadania 33220428, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220601	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JOSE FRANCISCO MORALES CASTRO	CP	79790977	CC	20220601	No Registrada	Activo
TANIA GISELLA MORALES PABA	HI	1015430355	TI	20220601	No Registrada	Activo

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de Noviembre de 2.022

Con destino a: PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LUIS ALBERTO PARRA

CER-AFI 20302296

VIGILADO SuperSubsidio

428

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05 NOV 2021	sinovac	C202106110	Cuidarte Tu Salud SAS CUIDANDO Y SIRVIENDO	Maritza López AUX. ENFERMERIA C.C. 39.652.770	
	2	04 DIC. 2021	sinovac	B202109095	Cuidarte Tu Salud SAS	Jenny Alexandra Nieto Enfermera Auxiliar C.C. 1014208830	
		13 OCT 2022	Comirnaty (Pfizer)	PCA 0076	compensar E1126	Luz Dary Guerrero C.C. 52.287.058 Aux. Enfermería	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: TANIA GISELLA

Apellidos: MORALES PABA

Documento de identidad: C.C. T.I. / Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1015430359

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 04 Año 2010

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ Fútsal ○ Natación ○ Patinaje ○ Tenis ○ Taekwondo X

DATOS PERSONALES

1º Apellido CALDERON | 2º Apellido ZÁRATE | 1º Nombre MATIAS | 2º Nombre JOSÉ

Nombre Juridico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)

Tipo de Documento R ○ TI. X | Nº. 1011233392 | Lugar de Expedición BOGOTÁ

Sexo F ○ M X I ○ | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS

Fecha de Nacimiento 28 06 2014 | Edad 8 AÑOS | Ciudad de Nacimiento BOGOTÁ | Departamento BOGOTÁ | País COLOMBIA

Dirección Residencia TRANV 6ESTE # 97-27 | Barrio SAN LUIS | UPZ | Estrato 2

Teléfono Fijo | Celular 3103580135-3132641405 | Correo Electrónico TALIA_ROSA90@HOTMAIL.COM

¿Estudias Actualmente? Si X No ○ | Grado 3RO | Horario de Clases L-V -7 A 3:30 | Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○ Dosis 1 ○ 2 X 3 ○

Colegio FUNDACIÓN HOGAR NUEVA GRANADA | Público X Privado ○

Talla Uniforme 8 ○ 10 X 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido ZÁRATE | 2º Apellido ARZUAGA | 1º Nombre TALÍA | 2º Nombre ROSA

Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○ | Nº. 1065600169 | Lugar de Expedición VALLEDUPAR | Sexo F X M ○ I ○

Parentesco MAMÁ | Ocupación ESTUDIANTE UNIVERSIT | Teléfono Fijo | Celular 3103580135

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Victima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indigenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, TALIA ZÁRATE ARZUAGA, identificado(a) con C.C. No. 1065600169 de VALLEDUPAR en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) MATIAS CALDERON ZARATE, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

TALIA ZÁRATE ARZUAGA
Firma y cédula: 1065600169 VIPAR

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condicion de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

Dando cumplimiento a la dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013 con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.011.233.392
CALDERON ZARATE
APELLIDOS
MATIAS JOSE
NOMBRES

Matias Calderon
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-JUN-2032 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
12-AGO-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-1500150-01249881-M-1011233392-20210818 0075284321A 1 8502642560

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

3480385-4

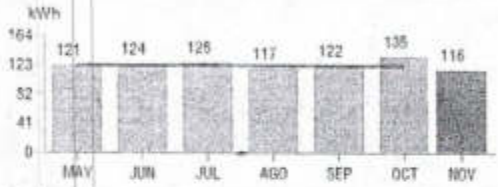
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 701573377-9

CLIENTE

31671

LUCILA IBAÑEZ MONSALVE
TV 6 ESTE NO 97 - 27 AP 102
AP 102
BOGOTÁ, D.C.
SAN LUÍS ALTOS DEL CABO

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $723.08

CONSUMO DIARIO: 3.8 kWh

VALOR DIARIO: $1,417

PERÍODO FACTURADO: 11 OCT/2022 A 10 NOV/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 116 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 6 11 604 0690
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 6 11 604 0707
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00831610
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	25579635
		MEDIDOR NO:	

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co, sección **Hogares** y haz click en **Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.**
App Enel Clientes Colombia
316 890 6003

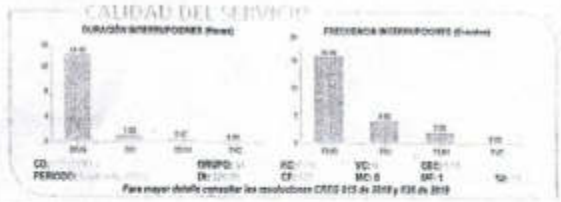
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Soacha: 601 7115 115
Cundinamarca: 601 6 115 115

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

COMPONENTES TARIFARIOS / Componente del costo: Vigencia: OCT/2022
G:272.33 T: 46.16 D: 251.46 CV: 62.73 PR: 54.53 R: 39.47 CP: 0.00 / $717.51 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria: 723.08 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 19 NOV/2022

¿Ya conoces el beneficio que este mes te ofrece Conecta, nuestro programa de lealtad?. Inscríbete en www.enelconecta.com.co/registro.php y descubre todos los beneficios que puedes disfrutar con Enel Colombia y Conecta

CON PRÉSTAMO FÁCIL CODENSA
Compra todo lo que quieras
Solicita tu préstamo con ingresos desde 1/2 SMMLV y paga fácil a través de la factura de energía.



APP Banco | Internet | Puntos Pago Bancolombia | Teléfono Banco | Débito Automático | Débito Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

RED CADE | SUPERTIENDA | Reval | efácil

**Por restricciones sanitarias algunos de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta aquí o ingresa en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el DISPENSADOR Baloto, SUPERGIROS Baloto y GIROS Telecredito. Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que evidencie el débito o cruce exacto de pago. El costo del corresponsal no es responsabilidad de Enel Colombia.

481

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1011233392
NOMBRES	MATIAS JOSE
APELLIDOS	CALDERON ZARATE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	22/01/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Matias Jose.

Apellidos: Calderon Zarate.

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cual

No. 1011233392

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 06 Año 2011

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06 DIC 2021	sinovac	BBEI07095	Cuidarte Tu Salud ante CUIDANDO Y SIRVIENDO	Angie Granados Aux. Enfermeria C.C. 1007463329	
	2	06 ENE 2022	SINOVAC	C2021081SS	Cuidarte Tu Salud ante CUIDANDO Y SIRVIENDO	Juliana Suarez Parra CC. 1000986721 BOGOTA AUXILIAR DE ENFERMERIA	

DOCUMENTOS DE INSCRIPCION FUTBOL-FUTSALA CPS 153-22

CHAPINERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal (X) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo (X)

DATOS PERSONALES

1º Apellido Marquez	2º Apellido Alvarado	1º Nombre David	2º Nombre Antonio
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. ( )	Nº.	Lugar de Expedición	
Sexo F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 24 04 12	Edad 10 / Ciudad de Nacimiento Miranda / Departamento		País Venezuela
Dirección Residencia		Barrio / UPZ	Estrato
Teléfono Fijo 3015638335	Celular 3102740156	Correo Electrónico Yorginethdaza250994@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ( ) No (X)	Grado / Horario de Clases	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )	
Colegio			Público ( ) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 (X) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 35

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Marquez	2º Apellido Rodriguez	1º Nombre Anthony	2º Nombre Junior
Tipo de Documento CC (X) CE ( )	Pasaporte ( ) Nº. 18539395	Lugar de Expedición	Sexo F ( ) M (X) I ( )
Parentesco Madre	Ocupación mecanico	Teléfono Fijo	Celular 3015638335

TIPO POBLACIÓN

Afrocolombianos ( ) Víctima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas ( ) Gitanos ( ) Otra (X) ¿Cuál? Migrante

Yo, Anthony Junior Marquez, identificado(a) con C.C. No. 18539395 de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) David Antonio Marquez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Anthony Marquez 18539395
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundación IWOKE para el tratamiento de los datos en virtud del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (x)

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto 2 | Fútsal 1 | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo 2

DATOS PERSONALES

1º Apellido Blandon	2º Apellido Largo	1º Nombre Maximiliano	2º Nombre
Nombre Juridico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (x)	Nº. 1.025.328238	Lugar de Expedición Calera Cundinamarca	
Sexo F ( ) M (x) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (x) ¿Cuál?		SISBEN o EPS Sisben
Fecha de Nacimiento 27 06 2014	Edad 8 años / Ciudad de Nacimiento Bogota / Departamento		País Colombia
Dirección Residencia		Barrio / UPZ	Estrato 2
Teléfono Fijo	Celular 3202183226	Correo Electrónico Hernandezmarce674@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (x) No ( )	Grado 3º / Horario de Clases 7:00 - 12:000	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (x) No ( )	Dosis 1 (x) 2 (x) 3 ( )
Colegio Juan 23			Público (x) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 (x) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Largo	2º Apellido Hernandez	1º Nombre Diana	2º Nombre Marcela
Tipo de Documento CC (x) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 1059695792	Lugar de Expedición Riosucio Caldas	Sexo F (x) M ( ) I ( )
Parentesco Mamá	Ocupación Oficios varios	Teléfono Fijo	Celular 3202183226

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Diana Marcela Largo Hernandez, identificado(a) con C.C. No. 1059695792 de Riosucio Caldas en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Maximiliano Blandon Largo, **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

Diana Marcela Largo Hernandez 1059695792
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

SaludTotal

Bogotá, Octubre 22 de 2022

Señora:
LARGO HERNANDEZ DIANA MARCELA
CC. 1059695792
LA CALERA CUNDINAMARCA CL 7 10 24 S - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 29 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BLANDON LARGO MAXIMILIANO	1025328238	T	Jun-27-2014	234	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LARGO HERNANDEZ DIANA MARCELA	1059695792	C	Oct-29-2013	265	35	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BLANDON LARGO ELKIN MANUEL	1059698956	T	Oct-29-2013	265	35	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CDC UNO SAS	1059695792	Dependiente	CERRADO
NATALIA HERRERA DURAN	1059695792	Servicio Domestico	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha 13 10 2021
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal 1 | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo 2

DATOS PERSONALES

1º Apellido Niño | 2º Apellido Novoa | 1º Nombre Gina | 2º Nombre Alexandra
Nombre Juridico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R ○ TI. X | Nº. 1015953807 | Lugar de Expedición la calera
Sexo F X M ○ I ○ | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS Nueva EPS
Fecha de Nacimiento 6 06 2008 | Edad 14 | Ciudad de Nacimiento ~~Bogotá D.C~~ la calera | Departamento cundinamarca | País colombia
Dirección Residencia Vereda el Hato la calera | Barrio | UPZ | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 3125792041 | Correo Electrónico Alexandraninoz54@gmail.com
¿Estudias Actualmente? Si X No ○ | Grado 8 | Horario de Clases 7:00 a 2:45 | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○ Dosis 1 X 2 X 3 X
Colegio El salitre | Público X Privado ○
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra X ¿Cuál? 5 | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Novoa | 2º Apellido Rivera | 1º Nombre Maria | 2º Nombre Eugenia
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○ | Nº. 1071163806 | Lugar de Expedición la calera | Sexo F X M ○ I ○
Parentesco Mamá | Ocupación Amadecasa | Teléfono Fijo | Celular 3125792041

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Víctima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indígenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, María Eugenia Novoa, identificado(a) con C.C. No. 1071163806 de la calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Alexandra Nino Novoa. **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

María Novoa. 1071163806
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWORE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL
- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

488

Copia de seguridad



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.016.953.807

NIÑO NOVOA
APELLIDOS

GINA ALEXANDRA
NOMBRES

Gina Niño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-JUN-2026 O- F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-JUL-2015 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1513000-00758429-F-1016953807-20151020 0047061046A 2 30045788

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha 13/10/2022
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto | Fútsal 1 | Natación | Patinaje 2 | Tenis | Taekwondo

DATOS PERSONALES

1º Apellido Niño | 2º Apellido Novoa | 1º Nombre Yeison | 2º Nombre stiven
Nombre Juridico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R TI. X | Nº. 1071169062 | Lugar de Expedición ~~Bogota D.C~~ la calera
Sexo F M I | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si No ¿Cuál? | SISBEN o EPS nueva EPS
Fecha de Nacimiento 28/12/2013 | Edad 8 | Ciudad de Nacimiento Bogota D.C | Departamento cundinamarca | País colombia
Dirección Residencia vereda el Hato la calera | Barrio | UPZ | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular | Correo Electrónico
¿Estudias Actualmente? Si X No | Grado 3 | Horario de Clases 7:00 a 1:300pm | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si No | Dosis 1 X 2 X 3
Colegio El Hato | Público Privado
Talla Uniforme 8 10 X 12 14 16 Otra ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Novoa | 2º Apellido Rivera | 1º Nombre María | 2º Nombre Eugenia
Tipo de Documento CC X CE Pasaporte | Nº. 1071163806 | Lugar de Expedición la calera | Sexo F X M I
Parentesco mama | Ocupación Ama de casa | Teléfono Fijo | Celular 3125792041

TIPO POBLACION

Afrocolombianos | Víctima del Conflicto | LGBTIQ+ | Indígenas | Gitanos | Otra ¿Cuál?

Yo, María Eugenia Novoa R., identificado(a) con C.C. No. 1071163806 de la calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Yeison stiven Niño Novoa, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

María Novoa. 1071163806
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.071.169.062**

NIÑO NOVOA

APELLIDOS

YEISON STIVEN

NOMBRES

Yeison hijo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-2013**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

28-DIC-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-MAR-2021 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1513800-01229024-M-1071169062-20210423 0074196386A 1 55896042

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ●

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal ○ | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Fonseca	2º Apellido Rivera	1º Nombre Ian	2º Nombre Stevan
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. ●	Nº. 1.071.170.018	Lugar de Expedición La Calera	
Sexo F ○ M ● I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No ● ¿Cuál?		SISBEN o EPS Sisben
Fecha de Nacimiento 26 02 15	Edad 7	Ciudad de Nacimiento 1	Departamento / País
Dirección Residencia El Verjón Bajo		Barrio / UPZ	Estrato 2
Teléfono Fijo	Celular 3214484606	Correo Electrónico rocioriveracortes22@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ● No ○	Grado 2°	Horario de Clases Mañana	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ● No ○ Dosis 1 ○ 2 ○ 3 ○
Colegio El Hato			Público ● Privado ○
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Rivera	2º Apellido Cortes	1º Nombre Linda	2º Nombre Rocio
Tipo de Documento CC ● CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1.071.168.663	Lugar de Expedición La Calera	Sexo F ● M ○ I ○
Parentesco Mamá	Ocupación Varios	Teléfono Fijo	Celular 3214484606

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ | Víctima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indígenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Linda Rocio Rivera Cortes, identificado(a) con C.C. No. 1.071.168.663 de la Calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Ian Stevan Fonseca Rivera, **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1.071.168.663

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condicion de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.071.170.018**

FONSECA RIVERA

APELLIDOS

IAN STEVAN

NOMBRES

Ian Stevan

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-2015**

LA CALERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

26-FEB-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

01-MAR-2022 LA CALERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1513900-01286303-M-1071170018-20220318 **00785**14052A 1 55956196

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ◯ | Fútsal ⊗ | Natación ◯ | Patinaje ◯ | Tenis ◯ | Taekwondo ◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido Marquéz	2º Apellido Alvarado	1º Nombre Daniel	2º Nombre Alejandro
Nombre Juridico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. ◯	Nº. 33.737.831	Lugar de Expedición	
Sexo F ◯ M ⊗ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento | 18 | 11 | 10	Edad 11	Ciudad de Nacimiento Los teques	Departamento Miranda / País Venezuela
Dirección Residencia El Hato vereda la Esperanza		Barrio	UPZ / Estrato
Teléfono Fijo 3015638335	Celular 3102740156	Correo Electrónico Yoryinethdaza250994@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ◯ No ⊗	Grado	Horario de Clases	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ⊗ No ◯ / Dosis 1 ◯ 2 ⊗ 3 ◯
Colegio			Público ◯ Privado ◯
Talla Uniforme 8 ◯ 10 ◯ 12 ⊗ 14 ◯ 16 ◯ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 35

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Marquéz	2º Apellido Rodriguez	1º Nombre Anthony	2º Nombre Junior
Tipo de Documento CC ⊗ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 18.539.395	Lugar de Expedición	Sexo F ◯ M ⊗ I ◯
Parentesco Padre	Ocupación Mecanico	Teléfono Fijo	Celular 3015638335

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Víctima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indígenas ◯ Gitanos ◯ Otra ⊗ ¿Cuál? extranjero (venezolano)

Yo, Anthony Marquéz Rodriguez, identificado(a) con C.C. No. 18.539.395 de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Daniel Marquez Alvarado, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Anthony Marquez 18.539.395
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 33.737.831

050

Gustavo Vizcaino
Director

APELLIDOS MARQUEZ ALVARADO

NOMBRES DANIEL ALEJANDRO



18/11/2010 F. NACIMIENTO

SOLTERO EDO CIVIL

17/01/2020 F. EXPEDICION

01/2030 F. VENCIMIENTO



VENEZOLANO

Mejor Verjón para todos 2022-

Bogotá vereda el Verjón bajo localidad de chapinero

2-09-2022

Referencia: certificado de domicilio

En mi calidad de presidente de la Junta de Acción Comunal me permito certificar, por solicitud del interesado, que el señor Dioxiris Jorgineth Daza Gómez identificado C.E 26187106 y su núcleo familiar: Anthony Junior Márquez Rodriguez 18539395, y los menores Dayneris Williammys Daza Gómez, Daniel Alejandro Márquez Alvarado y David Antonio Márquez Alvarado; son residentes de esta vereda.

Con especial atención

Giovanny Francisco Niño C
Presidente JAC vereda Verjón Bajo Chapinero
Certificado de existencia y representación legal Código 2028
3017294991

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD | MM | AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ⊗ | Fútsal ⊗ | Natación ◯ | Patinaje ◯ | Tenis ◯ | Taekwondo ◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido Daza	2º Apellido Gomez	1º Nombre Dayneris	2º Nombre Williamnys
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. ◯	Nº.	Lugar de Expedición	
Sexo F ⊗ M ◯ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 22 | 07 | 12	Edad 10	Ciudad de Nacimiento Barquisimeto	Departamento Lara / País Venezuela
Dirección Residencia El Hato Vereda La Esperanza		Barrio / UPZ	Estrato
Teléfono Fijo 3015638335	Celular 3102740156	Correo Electrónico Yorgineth daza 250994@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ⊗ No ◯	Grado 4to	Horario de Clases 7am a 1:30p	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ◯ No ⊗ Dosis 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯
Colegio El Hato			Público ⊗ Privado ◯
Talla Uniforme 8 ◯ 10 ◯ 12 ⊗ 14 ◯ 16 ◯ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 34

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Marquez	2º Apellido Rodrigue	1º Nombre Anthony	2º Nombre Junior
Tipo de Documento CC ⊗ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 18.539.395	Lugar de Expedición	Sexo F ◯ M ⊗ I ◯
Parentesco Padre	Ocupación Mecanico	Teléfono Fijo	Celular 3015638335

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Victima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indigenas ◯ Gitanos ◯ Otra ⊗ ¿Cuál? extranjero (venezolano)

Yo, Anthony Marquez Rodriguez, identificado(a) con C.C. No. 18.539.395 de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Dayneris Daza Gomez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Anthony Marquez 18.539.395
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

PODER ELECTORAL

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL
COMISION DE REGISTRO CIVIL Y ELECTORAL
OFICINA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARIA PINEDA
PARROQUIA CATEDRAL DEL MUNICIPIO IRIBARREN DEL ESTADO LARA.

CERTIFICACION

CONFORME AL ARTICULO 155 DE LA LEY ORGANICA DE REGISTRO CIVIL, PUBLICADA EN GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA NUMERO 41.539 DE FECHA 05 DE DICIEMBRE DE 2018; **CERTIFICO** QUE EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL Y EXACTA DE LOS DATOS ASENTADOS EN EL ACTA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTE REGISTRO CIVIL.

AÑO **2012** SE ENCUENTRA ASENTADA UNA ACTA DE NACIMIENTO CUYOS DATOS SON LOS SIGUIENTES: ACTA NÚMERO **8002**, DE FECHA DE PRESENTACIÓN **VEINTITRES DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DOCE**, ABOGADA NELIDA ESPINOZA, REGISTRADORA CIVIL DEL HOSPITAL CENTRAL ANTONIO MARIA PINEDA DE LA PARROQUIA CATEDRAL, MUNICIPIO IRIBARREN DEL ESTADO LARA, DEJÓ CONSTANCIA QUE EL DÍA **VEINTIDOS DE JULIO DEL AÑO DOS MIL DOCE,** NACIÓ EN HOSPITAL CENTRAL ANTONIO MARIA PINEDA DE BARQUISIMETO, ESTADO LARA, TAL COMO CONSTA EN CERTIFICADO DE NACIMIENTO NUMERO 5632577 EXPEDIDO POR ESE CENTRO ASISTENCIAL, UNA NIÑA, QUE TIENE POR NOMBRE **DAYNERIS WILLIAMNYS DAZA GOMEZ (NACIO A LAS 9:40AM)**. Y ES HIJA DE **DIOXIRIS JORGINETH DAZA GOMEZ,** DE NACIONALIDAD VENEZOLANA, TITULAR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD NUMERO V-26.187.106, DE DIECISIETE AÑOS DE EDAD, DE PROFESION U OFICIO DEL HOGAR, DOMICILIADA EN SAN LORENZO CALLE 2 VEREDA 3 PARROQUIA UNION MUNICIPIO IRIBARREN EDO LARA. FUERON TESTIGOS DEL ACTO, EDGAR ALEXANDER DIAZ OLIVERO, CON CEDULA DE IDENTIDAD NUMERO V-16483195 Y KATHERINE ANDREINA LEGON GONZALEZ, CON CEDULA DE IDENTIDAD NUMERO V-23307061, MAYORES DE EDAD Y VECINOS. SE EXPIDE LA PRESENTE COPIA EN BARQUISIMETO, EL DIA OCHO DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO.

ECPuSol.doc/

T S.U. DANIEL ISAAC MUJICA PEREZ
REGISTRADOR DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARIA PINEDA PARROQUIA CATEDRAL DEL MUNICIPIO IRIBARREN ESTADO LARA SEGUN RESOLUCION NUMERO 1810080229 EMANADA DEL CONSEJO NACIONAL ELECTORAL EN FECHA 08/10/2018 Y PUBLICADA EN GACETA OFICIAL NUMERO 41.539 DE FECHA 05/12/2018

Servicio Gratuito

IMPRESO POR: 000080 LCDA. MARIA DE LOS ANGELES RAM
Funcionario Responsable

8bh

Mejor Verjón para todos 2022-

Bogotá vereda el Verjón bajo localidad de chapinero

2-09-2022

Referencia: certificado de domicilio

En mi calidad de presidente de la Junta de Acción Comunal me permito certificar, por solicitud del interesado, que el señor Dioxiris Jorgineth Daza Gómez identificado C.E 26187106 y su núcleo familiar: Anthony Junior Márquez Rodríguez 18539395, y los menores Daynerlis Williannys Daza Gómez, Daniel Alejandro Márquez Alvarado y David Antonio Márquez Alvarado; son residentes de esta vereda.

Con especial atención

Giovanny Francisco Niño C
Presidente JAC vereda Verjón Bajo Chapinero
Certificado de existencia y representación legal Código 2028
3017294991

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) Fútsal (X) Natación (X) Patinaje (X) Tenis ( ) Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Guerra 2º Apellido Rozo 1º Nombre Samuel 2º Nombre Javier
Nombre Jurídico (Si aplica) Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R (X) TI ( ) Nº. 1056 031659 Lugar de Expedición saboya Boyacá
Sexo F ( ) M (X) I ( ) ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál? , SISBEN o EPS Famisanar
Fecha de Nacimiento 09 12 2016 Edad 6 Ciudad de Nacimiento chiquinquira Departamento Boyaca País colombia
[illegible]ón Residencia finca la esperanza Barrio verjon bajo UPZ Estrato 6
[illegible]no Fijo Celular 3214807922 Correo Electrónico [illegible]rozodiazliliayoneth@gmail.com
[illegible]ias Actualmente? Si (X) No ( ) Grado Transición Horario de Clases 7:00 AM 12:45 ¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio escuela del Hato Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 (X) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál? Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 30

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Rozo 2º Apellido Diaz 1º Nombre Lilia 2º Nombre yaneth
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( ) Nº. 1053330107 Lugar de Expedición saboya Boy Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco Madre Ocupación Ama de casa Teléfono Fijo Celular 3214807922

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo Lilia Yaneth Rozo Diaz identificado(a) con C.C No. 1053330107 de saboya Boyaca en mi calidad de cudiente o padre de familia del niño(a) Samuel Javier Guerra Rozo **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas or parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las esiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de jual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Lilia Rozo 1053330107
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundación IWOKE, para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL
- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Por condicion de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.056.031.659

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152760223**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E 6 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SABOYA - COLOMBIA - BOYACA - SABOYA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUERRA	ROZO

Nombre(s)

SAMUEL JAVIER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes DIC Día 09	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA CHIQUINQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13720481-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROZO DIAZ LILIA YANETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.053.330.107	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUERRA FERREIRA JOSE JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 85.050.626	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRA FERREIRA JOSE JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 85.050.626	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes DIC Día 22	DIEGO OLAYA GOMEZ - REGISTRADOR
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA
Tomo folio o serial
Diego Olaya Gómez
Registrador del Estado Civil
Saboya Boyaca

22 DIC 2016

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

5276023

OVIEXPRESS SAS

500

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL JAVIER GUERRA ROZO identificado(a) con RC 1056031659 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/10/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO USAQUEN**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 07 días del mes de octubre del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

501

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Samuel Javier.

Apellidos: Guerra. Rojo

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual RC

No. 1056031659

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 12 Año 2016

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27 ENE. 2022	Sinovac	C202108157	COL MÉDICA Vacunación Colmédica	[illegible] Aux. Enfermería	[illegible]
COVID-19	2	24 FEB. 2022	SINOVAC	C202108157	COL MÉDICA Vacunación Colmédica	[illegible]	[illegible]

COL MÉDICA Vacunación Colmédica

COL MÉDICA Vacunación Colmédica

enel

0873508-3

Factura de servicios públicos

No. 695299556-0

CLIENTE

Jaime Rey Mosquera

[illegible]

TOTAL A PAGAR $37.140 | **CONTRIBUCION** $15.094 | **PAGO OPORTUNO** 23 SEP/2022 | **FECHA SUSPENSION:** [illegible] SEP/2022

-EVOLUCION DEL CONSUMO



PERIODO FACTURADO: [illegible]
TIPO LIQUIDACION: [illegible]
TIPO DE LECTURA: [illegible]
ANOMALIA: [illegible]
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: [illegible]
PROXIMA LECTURA: [illegible]

-INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

FECHA DE EXPEDICION: [illegible] **TOTAL CONSUMO:** [illegible]

-CALIDAD DEL SERVICIO



-INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:
Las tarifas desde $716.2093/kWh

G: [illegible] T: [illegible] D: [illegible]
CV: [illegible] PR: [illegible] R: [illegible]
CU: [illegible] CF: [illegible]

TARIFA MES [illegible] **VALOR kWH Prom** [illegible]

-INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA: [illegible]
RUTA REPARTO: [illegible]
ESTRATO: [illegible]
CIRCUITO-TRAFO: [illegible]
CARGA (KW): [illegible]
SERVICIO: [illegible]

NIVEL DE TENSION: [illegible]
COD. FACTURACION: [illegible]
GRUPO: [illegible]
MEDIDOR No.: [illegible]
MEDIDOR No: [illegible]

-DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO.	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
/18.693)Valor kWh x 10% (Consumo en kWh)	$75.471
CONTRIBUCION SOLIDARIDAD SENCILLA ACTIVA (20.0%)	$15.094
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$ 90.565**
CONSENSAC CALIDAD SERVICIO CR 6 0% 18	($8.774)
SALDO A FAVOR	($45.510)
AJUSTE A LA DECENA($1)	$1
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 3234 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	**($53.425)**
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	**$ 0**
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	**$ 37.140**
CONCEPTO:	**SUBTOTAL**
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	**$0**

Número de Cuenta	Factura de Servicios Públicos No
0873508-3	695299556-0

TOTAL A PAGAR:
$ 37.140

PAGO OPORTUNO:
23 SEP/2022

503

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si X No

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto | Fútsal 1 | Natación | Patinaje | Tenis | Taekwondo

DATOS PERSONALES

1º Apellido Pineda Novoa | 2º Apellido | 1º Nombre Sofia | 2º Nombre Sofia
Nombre Jurídico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R TI. X | Nº. 1071127324 | Lugar de Expedición La Calera
Sexo F X M I | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si No X ¿Cuál? | SISBEN o EPS Famisanar
Fecha de Nacimiento 30 06 2011 | Edad 11 | Ciudad de Nacimiento Bogotá | Departamento Cundinamarca | País Colombia
Dirección Residencia Vereda el verjón Bajo | Barrio | UPZ | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 3103435785 | Correo Electrónico
¿Estudias Actualmente? Si X No | Grado 5 | Horario de Clases 7 – 1:30PM | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No Dosis 1 2 X 3
Colegio El Hato | Público X Privado
Talla Uniforme 8 10 12 14 X 16 Otra ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Novoa | 2º Apellido Copete | 1º Nombre Marlenis | 2º Nombre
Tipo de Documento CC X CE | Pasaporte | Nº. 35221898 | Lugar de Expedición La Calera | Sexo F X M I
Parentesco Madre | Ocupación Enfermera auxiliar | Teléfono Fijo | Celular 3103435785.

TIPO POBLACION

Afrocolombianos | Víctima del Conflicto | LGBTIQ+ | Indígenas | Gitanos | Otra ¿Cuál?

Yo, Marlenis Novoa Copete, identificado(a) con C.C. No. 35221898 de La Calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Lina Sofia Pineda Novoa. **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

35221898
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la proteccion de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

509

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal (X) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Pineda	2º Apellido Velosco	1º Nombre Salome	2º Nombre Juliana
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº. 1220218857	Lugar de Expedición Bogota	
Sexo F (X) M ( ) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o ~~EPS~~ Famisanar
Fecha de Nacimiento 07 01 15	Edad 7 Ciudad de Nacimiento	Bogota Departamento Cundinamarca	País Colombia
Dirección Residencia Verjon Bajo		Barrio Viedo El Hato UPZ	Estrato 2
Teléfono Fijo	Celular 3219247713	Correo Electrónico Erikaj.velosco@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado 2º Horario de Clases 7am - 1:30 Pm	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio Escuela el hato			Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 (X) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 32

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Velosco	2º Apellido Cordoba	1º Nombre Erika	2º Nombre Juliana
Tipo de Documento CC (X) CE ( )	Pasaporte ( ) Nº. 1002859784	Lugar de Expedición Bogota	Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco Mamá	Ocupación Ama de Casa	Teléfono Fijo	Celular 3219247713

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Erika Juliana Velosco Cordoba, identificado(a) con C.C. No. 1002859784 de Bogota en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Salome Juliana Pineda Velosco, **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1002859784

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

505

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.220.218.857**

PINEDA VELASCO

APELLIDOS

SALOME JULIANA

NOMBRES

Salomé

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-ENE-2033 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

03-MAY-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01299788-F-1220218857-20220531 0079511270A 1 8504672911

Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

Colombia

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

SALOMÉ JULIANA PINEDA VELASCO

Tipo de identificación / ID Type

RC

Número de identificación / ID Number

1220213857

Fecha nacimiento / Date of birth

07/01/2015

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number		
	Primera	Segunda
Lote / Vaccine Batch	EJ6749	ET6236
Vacuna / Vaccine	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM
Centro vacunador / Administering Center	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Fecha de aplicación / Date of Vaccination	26/11/2021	04/01/2022
País de vacunación / Country of Vaccination	CO-Colombia	CO-Colombia
Sello digital / Digital Stamp	OCPRSQ4CDELSIEDAA3PS2MDRKYWER7EGRE44ZYPMPZVSLXT6NBRKA	FOTHQBMTMQ8FMYGJWSXXYTCMRLPRYZGMHDBYPFSAZKTGAZDGTVGA

Fecha de emisión del documento / Document issued

26/11/2021 — 20/01/2022

Línea de ayuda / Help line: 192 - soporteminsalud@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna



CARNE AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR: CC 80092315

CATEGORÍA: A

DATOS DEL AFILIADO: PINEDA VELASCO SALOME JULIANA

RC 1220218857

TIPO DE AFILIADO: Beneficiario

IPS PRIMARIA: COLSUBSIDIO CLINICA EL LAGO

DISCAPACIDAD

URGENCIAS HASTA: ********

FECHA AFILIACIÓN: 07/01/2015



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

El Sistema de Seguridad Social en Salud le permite utilizar el servicio a través del medico general. Por tanto acuda inicialmente a su centro de atención.

En caso de urgencia o requerir atención dirijase a cualquiera de las instituciones adscritas a EPS Famisanar Ltda. o comuníquese al:

Solicitud de citas CAFAM 307 70 11 / COLSUBSIDIO 745 0999
Información en Bogotá - 307 0000
Fuera de Bogotá sin costo - 01 8000 91 66 82
www.famisanar.com.co

Recuerde la importancia de cumplir con sus derechos y deberes como afiliado a EPS Famisanar Ltda.
Línea de Atención Supersalud 481 7000 en Bogotá / 01 8000 5137 00 Línea Gratuita Nacional

Propiedad de Cafam

enel

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CUENTA ES:

0996040-1

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 800.063.879-8
Calle 93 No.13 - 45 Piso 1

Factura de servicios públicos
No. 695299564-1

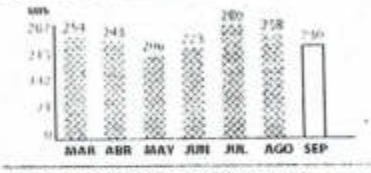
1 de 1

-CLIENTE-

Vicente Pineda P
VEREDA LA CALLERA LA CALLERA
CA. BULNAVISTA LA CALLERA LA CALLERA

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION:
$110.560	($43.552)	23 SEP/2022	26 SEP/2022

-EVOLUCION DEL CONSUMO-



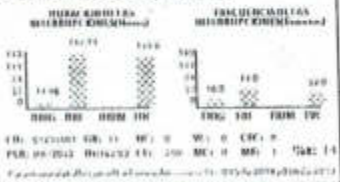
PERIODO FACTURADO: 22 AGO/2022 a [illegible]
TIPO LIQUIDACION: [illegible]
TIPO DE LECTURA: [illegible]
ANOMALIA: [illegible]
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 237
PROXIMA LECTURA: 20 OCT/2022

-INFORMACION DEL CONSUMO-

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	250	1	250	250

FECHA DE EXPEDICION: [illegible] TOTAL CONSUMO: [illegible]

-CALIDAD DEL SERVICIO-



-INFORMACION DE INTERES-

ESTIMADO CLIENTE:
La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 kwh /mes) es de $670.0336 kWh

Gi:	224.1161	Ti:	57.1143	Di:	196.3774
CVi:	61.3375	PRi:	43.6089	Ri:	61.7456
CUi:	646.4419	CFi:	0		

TARIFA MES AGO/2022 VALOR kWH Prom: $670.0336

-INFORMACION TECNICA-

RUTA LECTURA:	[illegible]	NIVEL DE TENSION:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]	COD. FACTURACION:	
ESTRATO:	2	GRUPO:	807
CIRCUITO TRAFO:	CN13 R329380	MEDIDOR No:	19457682
CARGA (KW):	3	MEDIDOR No:	
SERVICIO:	Residencial		

-DETALLE DE CUENTA-

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
670.0336(Valor kWh)x 230 (Consumo en kWh)	$ 154.108
RESIDENCIAL SUBSIDIO (50.0%)	($43.552)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$ 110.556**
AJUSTE A LA DECENA(DEBITO)	$4
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 3948 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	**$4**
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	**$ 0**
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	**$ 110.560**
CONCEPTO:	**SUBTOTAL**
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	**$0**

Numero de Cuenta	Factura de Servicios Publicos No
0996040-1	695299564-1

TOTAL A PAGAR:
$ 110.560

PAGO OPORTUNO:
23 SEP/2022

509

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si X No

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto | Fútsal X | Natación | Patinaje | Tenis | Taekwondo

DATOS PERSONALES

1º Apellido Novoa | 2º Apellido Mayos | 1º Nombre Mavel | 2º Nombre luciana
Nombre Jurídico (Si aplica) | Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento X TI. | Nº. 1031656964 | Lugar de Expedición Bogotá
Sexo X M I | ¿Tienes alguna Discapacidad? Si No ¿Cuál? | SISBEN o EPS Famisanar
Fecha de Nacimiento 08-01-2016 | Edad baños | Ciudad de Nacimiento Bogotá | Departamento cundinamarca | Pais Colombia
Dirección Residencia Veseda el vergon bajo | Barrio | UPZ | Estrato 2
Teléfono Fijo | Celular 322 2273749 | Correo Electrónico
¿Estudias Actualmente? Si No | Grado Primero | Horario de Clases mañana | ¿Tienes vacuna COVID-19? Si No | Dosis 1 X 3
Colegio escuela el Hato | Público X Privado
Talla Uniforme X 10 12 14 16 Otra ¿Cuál? | Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Mayos | 2º Apellido | 1º Nombre Liliana | 2º Nombre
Tipo de Documento CC CE Pasaporte | Nº. 1071165632 | Lugar de Expedición la calera | Sexo X M I
Parentesco Mamá | Ocupación oficios varios | Teléfono Fijo | Celular 322 2273749

TIPO POBLACION

Afrocolombianos | Victima del Conflicto | LGBTIQ+ | Indígenas | Gitanos | Otra ¿Cuál?

Yo, Liliana Mayos, identificado(a) con C.C. No. 1071165632 de la calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Mavel luciana Novoa Mayos. AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Liliana Mayos
Firma y cédula: 1071165632

Dando cumplimento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion BWORE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1031656969

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52855595

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** A X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NOVOA	MAYOR

Nombre(s)
MAVEL LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 5 Mes 0 6 Día 0 8	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13226933 7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MAYOR LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1071165632 de LA CALERA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
NOVOA COPETE HENRY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1071164375 de LA CALERA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
NOVOA COPETE HENRY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1071164375 de LA CALERA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 5 Mes F E B Día 0 2	DIANA PATRICIA OSPINA ACEVEDO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

511

25-11-21

Activo

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1031656969
NOMBRES	MAVEL LUCIANA
APELLIDOS	NOVOA MAYOR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	LA CALERA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/06/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 10/19/2022 09:17:26 | **Estación de origen:** 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

512

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: MAIBEL LUCIANA

Apellidos: NOVOA MAYOR

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro X cuál: RC

No. 1031656969

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 01 Año 2016

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24-11-21	SINOVAC	B2021709G	CS LA CALERA	ALEXANDER ALAYON	35221475
	2	31-01-22	SINOVAC	B2021 09140	Centro de Salud La Calera	Alexandra Alayon Auxiliar de Enfermería	CC: 35.221.475
			Proxima 09 [illegible]				

513

enel

6881123-9

695299524-0

CLIENTE

TOTAL A PAGAR
$60.560

CONTRIBUCION
$10.434

PAGO OPORTUNO
23 SEP 2022

FECHA SUSPENSION
26 SEP 2022

EVOLUCION DEL CONSUMO

MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP

PERIODO FACTURADO

TIPO LIQUIDACION

TIPO DE LECTURA

RAFAGA (A)

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES

PROXIMA LECTURA

INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA | LEC. ACTUAL | LEC. ANTERIOR | DIFERENCIA | FACTOR | CONSUMO(S) | ENERGIA FACT.

FECHA DE EMISION | TOTAL CONSUMO

CALIDAD DEL SERVICIO

INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:

TARIFA(S) | VALOR ($/KWh)

INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA
RUTA REPARTO
SECTOR
CONCEPTO EMPO
CLAVE (W)
SERVICIO

NIVEL DE TENSION
COD. FACTURACION
GRUPO
MEDIDOR No.
MEDIDOR No.

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
	$ 63.827
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
	$2
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 2279 DIARIOS	($3.287)
SUBTOTAL VALOR OTROS	$ 0
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	$ 60.560
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	SUBTOTAL
CONCEPTO: PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	$0

Número de Cuenta: 6881123-9

Nº de Suministro Público en Pie: 695299524-0

TOTAL A PAGAR:
$60.560

PAGO OPORTUNO:
23 SEP 2022

314

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Rivera	2º Apellido Ricaurte	1º Nombre Heimy	2º Nombre Juliana
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº. 1013006843	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F (X) M ( ) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS Compensar
Fecha de Nacimiento 09 09 2009	Edad 13	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento		País Colombia
Dirección Residencia		Barrio	UPZ	Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3138191582	Correo Electrónico dorice15@hotmail.com		
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado Sexto	Horario de Clases 7am – 2:45pm	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 ( ) 2 (V) 3 ( )
Colegio IED el salitre.				Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra (X) ¿Cuál? S				Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Ricaurte	2º Apellido Nova	1º Nombre Doris	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 1071163792	Lugar de Expedición La Calera	Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco Mamá	Ocupación Empleada Domestica	Teléfono Fijo	Celular 3138191582

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Víctima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Doris Ricaurte, identificado(a) con C.C. No. 1071163792 de la calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Heimy Juliana Rivera., AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Doris Ricaurte N.
Firma y cédula: 1071163792

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

153

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141525022
NOMBRES	HEINER MATEO
APELLIDOS	RIVERA RICAURTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/20/2022 18:45:04	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

516

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal ( ) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Rivera	2º Apellido Ricaurte	1º Nombre Heiner	2º Nombre Mateo
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº. 1141525022	Lugar de Expedición Bogota	
Sexo F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X). ¿Cuál?		SISBEN o EPS Compensar
Fecha de Nacimiento 12 12 2014	Edad 7. Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento	País Colombia.
Dirección Residencia		Barrio / UPZ	Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3138191582	Correo Electrónico dorice150@hotmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado Segundo Horario de Clases 7am 1:30 pm	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio IED El salitre sede el Hato		Público (X) Privado ( )	
Talla Uniforme 8 ( ) 10 (X) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Ricaurte	2º Apellido Nova	1º Nombre Doris	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 1071163792	Lugar de Expedición La calera	Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco Mamá	Ocupación Empleada Domestica	Teléfono Fijo	Celular 3138191582

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Víctima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Doris Ricaurte Nova, identificado(a) con C.C. No. 1071163792 de La calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Heiner Mateo Rivera, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Doris Ricaurte N

Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1013006843
NOMBRES	HEIMY JULIANA
APELLIDOS	RIVERA RICAURTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/20/2022 18:43:10	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	22 10 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal (X) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido: Ricaurte	2º Apellido: Novoa	1º Nombre: Johan	2º Nombre: Steven
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento: R ( ) TI. (X)	Nº. 1071.169354	Lugar de Expedición: la colera	
Sexo: F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS: B1-Sanitas
Fecha de Nacimiento: 01 05 2014	Edad: 8	Ciudad de Nacimiento: la colera	Departamento: Cundinamarca País: Colombia
Dirección Residencia: Finca Buena vista		Barrio: Vereda el Verjon	UPZ: Estrato: 2
Teléfono Fijo: —	Celular: 3138371741	Correo Electrónico: 3138371741sandra@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado: Segundo Horario de Clases: 7 a 1.30 P.M	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 (X) 2 (X) 3 (X)
Colegio: Escuela el Hato		Público (X) Privado ( )	
Talla Uniforme: 8 ( ) 10 ( ) 12 (X) 14 ( ) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido: Novoa	2º Apellido: Pineda	1º Nombre: Sandra	2º Nombre: Patricia
Tipo de Documento: CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 35221880	Lugar de Expedición: la Colera	Sexo: F (X) M ( ) I ( )
Parentesco: madre	Ocupación: Ama de Casa	Teléfono Fijo: —	Celular: 3138371741

TIPO POBLACION

Afrocolombianos (X) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Sandra Patricia Novoa Pineda, identificado(a) con C.C. No. 35221880 de Jo colera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Johan Steven Ricaurte N, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Zandra Patricia Novoa P.
Firma y cédula: 35221880.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (No. en circulación no mayor a 1 año)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo establecido en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la Fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-2014

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-MAY-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

M
SEXO

20-MAY-2021 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1513900-01242328-M-1071169354-20210629 0074805195A 1 55912761

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.071.169.354
RICAURTE NOVOA

APELLIDOS
JOHAN STEVEN

NOMBRES
Steven

FIRMA



ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1071169354
NOMBRES	JOHAN STEVEN
APELLIDOS	RICAURTE NOVOA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	LA CALERA

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	01/03/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/21/2022 08:56:55	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

521

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	22 10 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) | Fútsal (1) | Natación ( ) | Patinaje ( ) | Tenis ( ) | Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido: Ricourte	2º Apellido: Novoa	1º Nombre: Juan	2º Nombre: Sebastian
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento: R ( ) TI. (X)	Nº. 1071.166 351	Lugar de Expedición: la colera	
Sexo: F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS: B1 - sanitas
Fecha de Nacimiento: 08 02 2010	Edad: 12	Ciudad de Nacimiento: la calera	Departamento: Cundinamarca / País: Colombia
Dirección Residencia: finca Buena vista		Barrio: Vereda verjon / UPZ:	Estrato: 2
Teléfono Fijo	Celular: 3138371741	Correo Electrónico: 3138371741sandra@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado: octavo / Horario de Clases: 7:AM - 2:45 PM	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( )	Dosis 1 (X) 2 (X) 3 (X)
Colegio: El Salitre		Público (X) Privado ( )	
Talla Uniforme: 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 (X) Otra ( ) ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido: Novoa	2º Apellido: Pineda	1º Nombre: Sandra	2º Nombre: Patricia
Tipo de Documento: CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº. 35221880	Lugar de Expedición: la calera	Sexo: F (X) M ( ) I ( )
Parentesco: madre	Ocupación: Ama de casa	Teléfono Fijo: ——	Celular: 3138371741

TIPO POBLACION

Afrocolombianos (X) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Sandra Patricia Novoa P., identificado(a) con C.C. No. 35221880 de la colera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Juan Sebastian Ricourte, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Sandra Patricia Novoa P.
Firma y cédula: 35221880.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Aut. en condicion de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.071.166.351**

RICAURTE NOVOA

APELLIDOS

JUAN SEBASTIAN

NOMBRES

Juan Ricaurte

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-2010**

LA CALERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-FEB-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A-
G.S. RH

M
SEXO

01-AGO-2017 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-1513905-00940476-M-1071166351-20170926 0057371175A 3 48991966

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1071166351
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	RICAURTE NOVOA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	LA CALERA

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	01/03/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 10/21/2022 08:57:51 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

524

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	03 | 11 | 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto	Fútsal	Natación	Patinaje	Tenis	Taekwondo
◯	2	1	◯	◯	◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido: Cifuentes	2º Apellido: Rodriguez	1º Nombre: Didier	2º Nombre: Joel
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento: R ⊗ TI. ◯	Nº. 1071.171.949	Lugar de Expedición: La Calera (Cundinamarca)	
Sexo: F ◯ M ⊗ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS: Compensar
Fecha de Nacimiento: 15 | 07 | 2017	Edad: 5	Ciudad de Nacimiento: Bogotá	Departamento: (Cundinamarca) / País: Colombia
Dirección Residencia: Vereda el Verjon Frente los Soches	Barrio	UPZ	Estrato: 2
Teléfono Fijo	Celular: 350 220 90 94	Correo Electrónico: edwin.cifuentescopete@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ⊗ No ◯	Grado: Jardin	Horario de Clases: 9am – 1pm	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ◯ No ⊗ Dosis 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯
Colegio: Samy en Tu			Público ◯ Privado ⊗
Talla Uniforme: 8 ◯ 10 ◯ 12 ◯ 14 ◯ 16 ◯ Otra ⊗ ¿Cuál? 6			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido: Cifuentes	2º Apellido: Copete	1º Nombre: Edwin	2º Nombre: Osbaldo
Tipo de Documento: CC ⊗ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 1071.165.862	Lugar de Expedición: Zacatecas	Sexo: F ◯ M ⊗ I ◯
Parentesco: Padre	Ocupación: Independiente	Teléfono Fijo	Celular: 350 220 90 94

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Víctima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indígenas ◯ Gitanos ◯ Otra ◯ ¿Cuál?

Yo, _____, identificado(a) con C.C. No._____ de _____ en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a)_____, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Edwin Cifuentes 1.071.165.862
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.071.171.949

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57713153

57713153

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 5 Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección de Policía

~~REGISTRADURIA DE LA CALERA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - LA CALERA~~

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CIFUENTES	RODRIGUEZ

Nombre(s): DIDIER JOEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUL Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14048767-7

Datos de madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CIFUENTES ANA ROSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.068.976.341	COLOMBIA

Datos de padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: CIFUENTES COPETE EDWIN OSBALDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.071.165.862	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ CIFUENTES ANA ROSA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.068.976.341	Ana Rodriguez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes JUL Día 26	~~MARIA FERNANDA MAYORGA GIRALDO~~ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA DE ACUERDO CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1.970. SIN SELLO SEGÚN ART. 11 DEL DECRETO 2150 DE 1.995. TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

TOMO: 68 FOLIO: — SERIAL: 57713153

26 JUL 2017

MARIA FERNANDA MAYORGA GIRALDO
Registradora Municipal
La calera – Cundinamarca

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 20585300-2

FECHA DE EXPEDICIÓN: 26 JUL 2017

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

526

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANA ROSA RODRIGUEZ CIFUENTES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1068976341, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa KOM CARE IPS SAS NIT 901292407, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20211025	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
DIDIER JOEL CIFUENTES RODRIGUEZ	HI	1071171949	RC	20211203	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Octubre de 2.022

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
20095258

CER-AFI

VIGILADO Supersubsidio

527

enel

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NÚMERO DE CUENTA ES:

6127727-8

Factura de servicios públicos

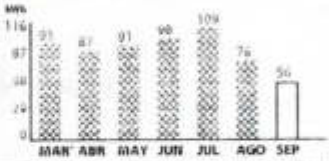
No. 695299851-5

CLIENTE 1 de 1

Lino Cifuentes Nn
MPLA CALLERA VD VERSION LTT OS SAUCES
CASA LA CALLERA LA CALLERA

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION:
$47.320	($20.126)	INMEDIATO	SUSPENSION

EVOLUCION DEL CONSUMO



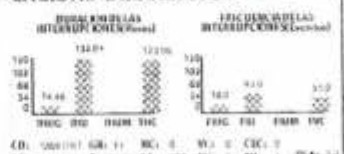
PERIODO FACTURADO:	12 AGO/2022 A 19 SEP/2022
TIPO LIQUIDACION:	Mensual
TIPO DE LECTURA:	Real
ANOMALIA:	Normal
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:	90
PROXIMA LECTURA:	20 OCT/2022

INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
EnFF	4703	4647	56	1	56	56

FECHA DE EXPEDICION: 19 SEP/2022 TOTAL CONSUMO: 0 kWh/56

CALIDAD DEL SERVICIO



CO: CIC: 0
PER: DxC: CF: 100 BC: 0 BD: 1 %t: 34

INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:
La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 kwh /mes) es de $718.7093 kWh

CUOTA 24 DE 36 DE SU ULTIMO CONVENIO

G:	224.1162	T:	52.1163
CV:	61.1275	PR:	48.6309
CU:	494.1871	CF:	0
D:	246.3726	R:	61.7456

TARIFA MES AGO/2022 **VALOR kWH Prom** $718.7093

INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA:	500083720950
RUTA REPARTO:	500083720901
ESTRATO:	2
CIRCUITO-TRAFO:	CH11 - 10681TR1
CARGA (KW):	10
SERVICIO:	Residencial
NIVEL DE TENSION:	1
COD. FACTURACION:	
GRUPO:	059
MEDIDOR No:	2449150
MEDIDOR No:	

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
718.7693(Valor kWh)x56 (Consumo en kWh)	$40.251
RESIDENCIAL SUBSIDIO (50.0%)	($20.126)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$20.125**
CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$1.584
INTERES POR MORA (RES:6% NOR:35.25%EA)	$100
SALDO ANTERIOR	$23.926
SALDO ANTERIOR SERV CONVENIO	$1.584
SALDO CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$18.309
AJUSTE A LA DECENA(DEBITO)	$1
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 718 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	**$27.195**
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	**$0**
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	**$47.320**
CONCEPTO:	**SUBTOTAL**
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	**$0**

Numero de Cuenta	Factura de Servicios Publicos No
6127727-8	695299851-5

TOTAL A PAGAR:
$ 47.320

PAGO OPORTUNO:
INMEDIATO

528

HAPINERO TRIMESTRE

DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción
Fecha
Nº.

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ( ) No (X)

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formacion

Baloncesto (X) Fútsal (X) Natación ( ) Patinaje ( ) Tenis ( ) Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido YATE 2º Apellido DIAZ 1º Nombre SERGIO 2º Nombre ANDRES
Nombre Jurídico (Si aplica) Nombre Identitario (Si aplica)
Tipo de Documento R ( ) TI (X) Nº. 1190213067 Lugar de Expedición la Calera
Sexo F ( ) M (X) I ( ) ¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No (X) ¿Cuál? SISBEN o EPS NUEVA EPS
Fecha de Nacimiento 14 08 2008 Edad 14 Ciudad de Nacimiento PURIFICACION Departamento TOLIMA País Colombia
Dirección Residencia Vereda el verjon bajo finca los troles Barrio UPZ Estrato
Teléfono Fijo Celular 3004046781 Correo Electrónico sandresyadi08@gmail.com
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( ) Grado 902 Horario de Clases Mañana ¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 ( ) 2 (X) 3 ( )
Colegio INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL INTEGRADO LA CALERA Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) Otra (X) ¿Cuál? L Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido DIAZ 2º Apellido CAPERA 1º Nombre Lady 2º Nombre JULIANA
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte Nº. 65791596 Lugar de Expedición NATAGAIMA Sexo F (X) M ( ) I ( )
Parentesco MADRE Ocupación EMPLEADA Teléfono Fijo Celular 3202803933

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ( ) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indigenas (X) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Lady Juliana Diaz Capera identificado(a) con CC No. 65791596 de Natagaima en mi calidad de cudiente o padre de familia del niño(a) Sergio Andres Yate Diaz AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas or parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las esiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de jual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

C.C 65791596
Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo establecido en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion EBORE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL
- Fotocopia Documento Inscrito
- Fotocopia Recibo Público
- Fotocopia EPS o Comprobador Derechos
- Certificado Médico (Por condición de discapacidad)
- Certificado Vacunas COVID-19

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.190.213.067**

YATE DIAZ

APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

Sergio Yate D.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-2008**

PURIFICACION
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-AGO-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

M
SEXO

21-AGO-2015 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1513900-007577 03-M-1190213067-20151024 **00471**36799A 1 44860601

530

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: SERGIO ANDRES.

Apellidos: GATE DIAZ.

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1190 213 067.

Fecha de nacimiento: Día 14 Mes 08 Año 2008.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06-09-21	PFIZER.	FE 3593.	C.S. LA CALERA	Alexandra Alayon Aux. Enfermería C.C. 35.221.475	
	2	28-10-21	PFIZER	FH 8021	C.S. LA CALERA	Alexandra Alayon Aux. Enfermería C.C. 35.221.475	

PFIZER 30 MCG.

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del BENEFICIARIO	
TI 1190213067 SERGIO ANDRES YATE DIAZ	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/01/2014**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 7 de Octubre de 2022 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

532

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ◯

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ◯ | Fútsal (X) | Natación ◯ | Patinaje ◯ | Tenis ◯ | Taekwondo ◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido Castro	2º Apellido Joaqui	1º Nombre Jeronimo	2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. (X)	Nº. 1.025.152.438	Lugar de Expedición 13 Jun 2022 La calera Q	
Sexo F ◯ M (X) I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS Subsidiado
Fecha de Nacimiento 03 04 2015	Edad 7	Ciudad de Nacimiento Bogota	Departamento Cundinamarca / País Colombia
Dirección Residencia Vereda Berjon Viejo Rural Chapinero	Barrio Rural Chapinero	UPZ	Estrato 2
Teléfono Fijo 321 4227573	Celular 312 6589695	Correo Electrónico Julian castro grajales@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ◯	Grado 2	Horario de Clases 6 horas	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ◯ Dosis 1 ◯ 2 (X) 3 ◯
Colegio Escuela el Hato			Público (X) Privado ◯
Talla Uniforme 8 ◯ 10 ◯ 12 (X) 14 ◯ 16 ◯ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Castro	2º Apellido Grajales	1º Nombre Julian	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 9930008	Lugar de Expedición Salento Q	Sexo F ◯ M (X) I ◯
Parentesco Papa	Ocupación oficios Varios	Teléfono Fijo 321 4227573	Celular 312 6589695

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Víctima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indígenas ◯ Gitanos ◯ Otra ◯ ¿Cuál?

Yo, Julian Castro Grajales, identificado(a) con C.C. No. 9930008 de Salento Q en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Jeronimo Castro Joaqui, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Julian Castro G
Firma y cédula: 9930008

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.025.152.438
CASTRO JOAQUI
APELLIDOS
JERONIMO
NOMBRES

Jerohimo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-ABR-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-JUN-2022 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
ELECCIÓN VIGILANCIA

INDICE DERECHO

P-1513900-01309730-M-1025152438-20220726 0080183661A 1 5979834

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: JERONIMO

Apellidos: CASTRO JOAQUIN.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1025152438.

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 04 Año 2015.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	01-11-21	SINOVAC	B2021 07096	C.S. LA CALERA	Carolina Pardo Vacunadora C.C. 52449098	
	2	01-12-21	SINOVAC	C2021 07138	C.S. LA CALERA	Alexandra Alayon Auxiliar de Enfermería	CC: 35.221.475

535

enel

PARA PAGO Y CONSULTAS TU NUMERO DE CLIENTE ES

0958710-6

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 830.059.718-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

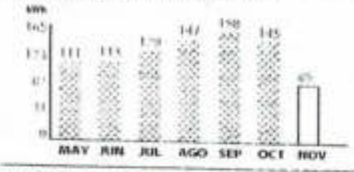
No. 702766839-2

1 de 2

CLIENTE
Jose A Bonivento C
C CALLE# MONSVIAL
I TUCUBRIA CALLE# LA CALLE# LA CALLE#

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION:
$98.290	($30.315)	INMEDIATO	SUSPENSION

EVOLUCION DEL CONSUMO



PERIODO FACTURADO: 20/OCT/2022 A 22/NOV/2022
TIPO LIQUIDACION: Mensual
TIPO DE LECTURA: Real
ANOMALIA: Normal
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 132
PROXIMA LECTURA: 21/DIC/2022

INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
LMP	49842	49757	85	1	85	85

FECHA DE EXPEDICION: 22/NOV/2022 TOTAL CONSUMO: 85 kWh

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:
La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 kwh /mes) es de $723.0819 kWh

G: 372.3213	T: 46.1652	D: 251.4830	
CV: 62.3765	PR: 56.1353	R: 28.4783	
CU: 717.5197	CF: 0		

TARIFA MES OCT/2022 **VALOR kWH Prom** $723.0819

INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA:	[illegible]	NIVEL DE TENSION:	1
RUTA REPARTO:	[illegible]	COD. FACTURACION:	
ESTRATO:	2	GRUPO:	804
CIRCUITO-TRAFO:	[illegible]	MEDIDOR No:	10002823
AREA (KW):	13	MEDIDOR No:	
SERVICIO:	Residencial		

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
723.0819(Valor kWh)x85*(Consumo en kWh)	$61.462
18 SUBSIDIAL SUBSIDIO (49.3%)	($30.315)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	**$31.147**
INTERES POR MORA (18.96% NOM - 18.6% EA)	$264
SALDO ANTERIOR	$62.340
ALUMBRADO PUBLICO ARTICULO PAR./CCH	$4.543
APROXIMACION DECIMALES	($4)
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 943 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	**$67.143**
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	**$ 0**
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	**$ 98.290**
SUBTOTAL CONCEPTOS ASEO	**$0**

CONCEPTO:	SUBTOTAL
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	**$0**

Numero de Cuenta	Factura de Servicios Publicos No.
0958710-6	702766839-2

TOTAL A PAGAR:
$ 98.290

PAGO OPORTUNO:
INMEDIATO

536

CHAPINERO PRIMERO | CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	26 11 22
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si X No ○

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal X | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido García	2º Apellido Rivera	1º Nombre Juanita	2º Nombre Valentina
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. X	Nº. 1071165524	Lugar de Expedición La Calera	
Sexo F X M ○ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Sanitas
Fecha de Nacimiento 27 11 08	Edad 14	Ciudad de Nacimiento La Calera	Departamento Cundinamarca Pais Colombia
Dirección Residencia		Barrio	UPZ Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3144364223	Correo Electrónico juanitspilar@gmail.com.	
¿Estudias Actualmente? Si X No ○	Grado 8	Horario de Clases 7:00 - 2:45	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○ Dosis 1 ○ 2 X 3 ○
Colegio La Nueva Esperanza			Público ○ Privado X
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra X ¿Cuál? S			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Rivera	2º Apellido Parra	1º Nombre María del	2º Nombre Pilar
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1071162756	Lugar de Expedición La Calera	Sexo F X M ○ I ○
Parentesco Madre	Ocupación ama de Casa	Teléfono Fijo	Celular 3144364223

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ | Víctima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indígenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, María del Pilar Rivera Parra, identificado(a) con C.C. No. 1071162756 de La Calera en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Juanita Valentina García Rivera. **AUTORIZO** la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

María del Pilar Rivera P.
Firma y cédula: 1071162756 La Calera.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.071.165.524**

GARCIA RIVERA

APELLIDOS

JUANITA VALENTINA

NOMBRES

Juanita Garcia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-2008**

LA CALERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

27-NOV-2026 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

15-MAR-2016 LA CALERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1513900-00823654-F-1071165524-20160510 0049682815A 1 45939098

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: JOANITA VALENTINA

Apellidos: GARCIA RIVERA.

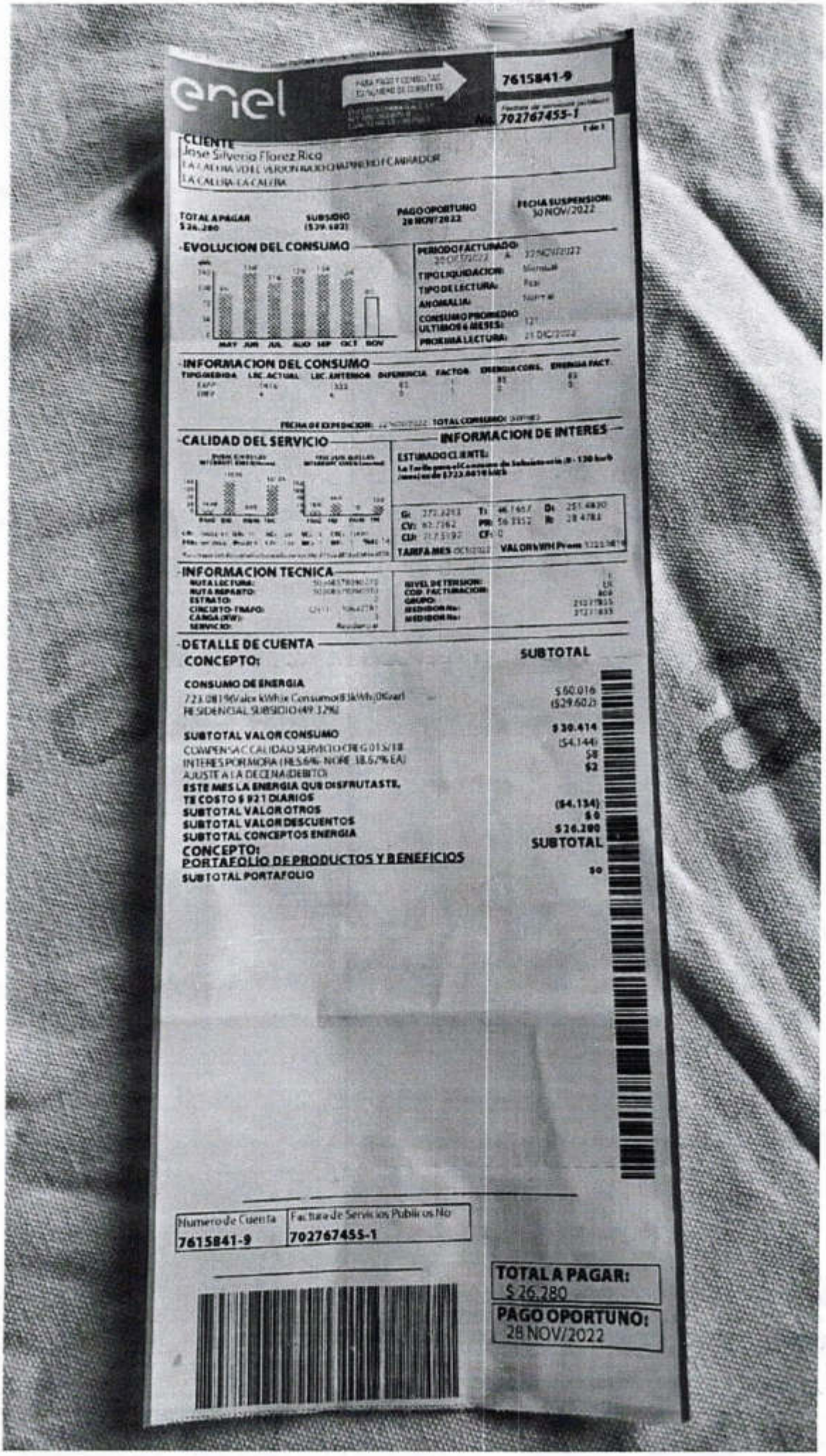
Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1071165524.

Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 11 Año 2008.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14.09.21	Pfizer.	FE3593	C. Salud La Calera	Alexandra Alayon Aux. Enfermería C.C. 35.221.475	
	2	09.02.22	Pfizer.	20958	Centro de Salud La Calera — Alexandra Alayon Auxiliar de Enfermería	CC: 35.221.475	

Pfizer 7 Dic.



enel

7615841-9

No. 702767455-1

1 de 1

CLIENTE
Jose Silverio Florez Rico
LA CALLE NA VDE LA VEREDA RAUDO NA 2 NO ES CAMINADOR
LA CALLE-LA CALLE NA

TOTAL A PAGAR	SUBSIDIO	PAGO OPORTUNO	FECHA SUSPENSION
$ 26.280	($ 39.682)	28 NOV/2022	30 NOV/2022

EVOLUCION DEL CONSUMO

MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV

PERIODO FACTURADO:
TIPO LIQUIDACION:
TIPO DE LECTURA:
ANOMALIA:
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
PROXIMA LECTURA:

INFORMACION DEL CONSUMO

TIPO MEDIDA	LEC. ACTUAL	LEC. ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	ENERGIA CONS.	ENERGIA FACT.
EAPP						
EREP						

FECHA DE EXPEDICION: TOTAL CONSUMO

CALIDAD DEL SERVICIO

INFORMACION DE INTERES

ESTIMADO CLIENTE:

TARIFA MES: VALOR KWH Pesos

INFORMACION TECNICA

RUTA LECTURA:	
RUTA REPARTO:	
ESTRATO:	
CIRCUITO-TRAFO:	
CARGA (KW):	
SERVICIO:	

NIVEL DE TENSION:	
COD. FACTURACION:	
GRUPO:	
MEDIDOR No:	
MEDIDOR No:	

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
723.0819 kWh x Consumo $ /kWh (Diario)	$ 60.016
RESIDENCIAL SUBSIDIO 49.32%	($ 29.602)
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$ 30.414
COMPENSAC CALIDAD SERVICIO CREG 015/18	($ 4.144)
INTERES POR MORA (NBS 6% NOMV 18.67% EA)	$ 8
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$ 2
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 921 DIARIOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	($ 4.134)
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	$ 0
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	$ 26.280
CONCEPTO:	SUBTOTAL
PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	$ 0

Numero de Cuenta	Factura de Servicios Publicos No
7615841-9	702767455-1

TOTAL A PAGAR:
$ 26.280

PAGO OPORTUNO:
28 NOV/2022

540

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No X

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal X | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Mendoza	2º Apellido García	1º Nombre Juan	2º Nombre Sebastián
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. X	Nº. 1085228738	Lugar de Expedición B	
Sexo F ○ M X I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Famisanar.
Fecha de Nacimiento 24 09 2010	Edad 12	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento / País
Dirección Residencia cra 1C # 44 - 23		Barrio San mariscal Sucre. UPZ	Estrato 1
Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si X No ○	Grado 6º	Horario de Clases mañana.	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○ Dosis 1 X 2 X 3 ○
Colegio San martin deporres.			Público X Privado ○
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 X Otra ○ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido García	2º Apellido Fernandez	1º Nombre Adriana.	2º Nombre
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1.114881 228	Lugar de Expedición Floridad (V)	Sexo F X M ○ I ○
Parentesco madre.	Ocupación Ama de casa	Teléfono Fijo	Celular 3133513550

TIPO POBLACION

Afrocolombianos X | Victima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indígenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Johel mendoza echeverria, identificado(a) con C.C. No. 1018414853 de Santa anaCmo en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Juan mendoza García, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio. Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula:

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldía Local de Chapinero.

CONTROL	
Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO

#CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	Bogota
Fecha	10 / 12 / 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No (X)

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ Fútsal ○ Natación ○ Patinaje ○ Tenis ○ Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Diaz	2º Apellido De Jimos	1º Nombre Mateo	2º Nombre
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. (X)	Nº. 1028945159	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F ○ M (X) I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No (X) ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 01 / 12 / 2009	Edad 13	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento / País
Dirección Residencia		Barrio Paraiso / UPZ / Estrato	
Teléfono Fijo	Celular 3214647561	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si ○ No ○	Grado / Horario de Clases	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ○	Dosis 1 (X) 2 ○ 3 ○
Colegio San martin de porres		Público ○ Privado ○	
Talla Uniforme 8 (X) 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido De Jimos	2º Apellido Navarro	1º Nombre Ismenia	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1085.225.367	Lugar de Expedición Santa ana (mal)	Sexo F (X) M ○ I ○
Parentesco Mamá	Ocupación Servicio generales	Teléfono Fijo	Celular 3214647561

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Victima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indigenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Ismenia De Jimos, identificado(a) con C.C. No. 1085-225367 de Santa ana en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Mateo Diaz De Jimos, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1085-225.367

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	Bogota
Fecha	10 12 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ◯ No ☒

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ◯ Fútsal ◯ Natación ◯ Patinaje ◯ Tenis ◯ Taekwondo ◯

DATOS PERSONALES

1º Apellido Diaz	2º Apellido De Zimas	1º Nombre Sergio	2º Nombre
Nombre Juridico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ◯ TI. ☒	Nº. 1028945 158	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F ◯ M ☒ I ◯	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ◯ No ☒ ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 01 12 2009	Edad 13	Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento / País
Dirección Residencia		Barrio / UPZ	Estrato
Teléfono Fijo	Celular 3214647861	Correo Electrónico	
¿Estudias Actualmente? Si ☒ No ◯	Grado 7tmo	Horario de Clases Mañana	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ☒ No ◯ Dosis 1 ☒ 2 ◯ 3 ◯
Colegio San martin de porre			Público ◯ Privado ◯
Talla Uniforme 8 ☒ 10 ◯ 12 ◯ 14 ◯ 16 ◯ Otra ◯ ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)*

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido De Zimas	2º Apellido Navarro	1º Nombre Ismenia	2º Nombre
Tipo de Documento CC ☒ CE ◯ Pasaporte ◯	Nº. 1085.225.367	Lugar de Expedición Santa ana(mag)	Sexo F ☒ M ◯ I ◯
Parentesco Mamá	Ocupación Servicio generales	Teléfono Fijo	Celular 3214647861

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ◯ Victima del Conflicto ◯ LGBTIQ+ ◯ Indígenas ◯ Gitanos ◯ Otra ◯ ¿Cuál?

Yo, Ismenia De Zimas, identificado(a) con C.C No. 1085.225.367 de Santa ana (mag) en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Sergio Diaz De Zimas, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldía de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1085.225.367

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS. y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Per. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO | #CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	19 12 2022
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si ○ No ⊗

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal X | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Nomeztue	2º Apellido ortiz	1º Nombre Thomas	2º Nombre Alejandro
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. ⊗	Nº. 1025328385	Lugar de Expedición Bogotá	
Sexo F ○ M ⊗ I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No ⊗ ¿Cuál?		SISBEN o EPS compensar
Fecha de Nacimiento 22 10 2014	Edad 8años / Ciudad de Nacimiento Bogotá	Departamento Cundinamarca	País colombia
Dirección Residencia Carrera 2 # 44-32		Barrio Mariscal Sucre / UPZ chapinero	Estrato 1
Teléfono Fijo	Celular 3212557234	Correo Electrónico JennyPatricia-122@Hotmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si ○ No ○	Grado / Horario de Clases	¿Tienes vacuna COVID-19? Si ○ No ○	Dosis 1 ○ 2 ○ 3 ○
Colegio Thomas Morales		Público ○ Privado ⊗	
Talla Uniforme 8 ○ 10 ○ 12 ⊗ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)*	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido ortiz	2º Apellido Hernandez	1º Nombre Jenny	2º Nombre Patricia
Tipo de Documento CC ⊗ CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1032447752	Lugar de Expedición Bogotá	Sexo F ⊗ M ○ I ○
Parentesco Mamá	Ocupación Empleada	Teléfono Fijo	Celular 3212557234

TIPO POBLACION

Afrocolombianos ○ Víctima del Conflicto ○ LGBTIQ+ ○ Indigenas ○ Gitanos ○ Otra ○ ¿Cuál?

Yo, Jenny Patricia ortiz, identificado(a) con C.C. No 1032447752 de Bogotá en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Thomas Alejandro Nomeztue, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Firma y cédula: 1032447752

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AA
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si (X) No ( )

Elije los deporte que te gustaria practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Sólo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ( ) Fútsal (X) Natación ( ) Patinaje ( ) Tenis ( ) Taekwondo ( )

DATOS PERSONALES

1º Apellido Paréz	2º Apellido Durán	1º Nombre Diomar	2º Nombre DaviD.
Nombre Jurídico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ( ) TI. (X)	Nº 1049088673.	Lugar de Expedición Talaigua Nuevo Bolivar	
Sexo F ( ) M (X) I ( )	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ( ) No ( ) ¿Cuál?		SISBEN o EPS
Fecha de Nacimiento 21 05 2010	Edad 12	Ciudad de Nacimiento Talaigua	Departamento Bolivar / País Colombia
Dirección Residencia Calle 44 A # 0-05 Este		Barrio Mariscal Sucr / UPZ	Estrato 1
Teléfono Fijo	Celular 3105102575	Correo Electrónico diosimarperez03@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si (X) No ( )	Grado	Horario de Clases Diurnas	¿Tienes vacuna COVID-19? Si (X) No ( ) Dosis 1 (X) 2 ( ) 3 ( )
Colegio San martin de porres			Público (X) Privado ( )
Talla Uniforme 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 (X) 16 ( ) Otra ( ) ¿Cuál?			Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 36

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Paréz	2º Apellido Corrales	1º Nombre Diosimar	2º Nombre
Tipo de Documento CC (X) CE ( ) Pasaporte ( )	Nº 1052701347	Lugar de Expedición Talaigua N	Sexo F ( ) M (X) I ( )
Parentesco Padre	Ocupación Hogaro	Teléfono Fijo	Celular 3105102575

TIPO POBLACION

Afrocolombianos (X) Victima del Conflicto ( ) LGBTIQ+ ( ) Indígenas ( ) Gitanos ( ) Otra ( ) ¿Cuál?

Yo, Diosimar Perez Corrales, identificado(a) con C.C. No. 1052701347 de Talaigua en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Diomar David Perez, AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

Diosimar Perez Corrales
Firma y cédula: 1052701347

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e informacion de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por. en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

CHAPINERO PRIMERO

CHAPINERO DISTRITO Deportivo

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Lugar de Inscripción	
Fecha	DD / MM / AÑO
Nº.	

¿Participaste en las Escuelas de Formación en el año 2021? Si X No ○

Elije los deporte que te gustaría practicar, marca con 1 y 2 las dos opciones que prefieres.
Solo participarás en un (1) grupo de Escuela de Formación

Baloncesto ○ | Fútsal X | Natación ○ | Patinaje ○ | Tenis ○ | Taekwondo ○

DATOS PERSONALES

1º Apellido Perez	2º Apellido Durán	1º Nombre Geronimo	2º Nombre
Nombre Juridico (Si aplica)		Nombre Identitario (Si aplica)	
Tipo de Documento R ○ TI. X	Nº. 1018491247	Lugar de Expedición 14/10/2021 Talaigua N-B	
Sexo F ○ M X I ○	¿Tienes alguna Discapacidad? Si ○ No X ¿Cuál?		SISBEN o EPS Salud total
Fecha de Nacimiento 21 02 2014	Edad 8	Ciudad de Nacimiento Talaigua N Departamento Bolivar	País colombia
Dirección Residencia calle 44 A # 0-05 este		Barrio Mariscal Sucre UPZ	Estrato 1
Teléfono Fijo	Celular 3107788629.	Correo Electrónico Diosimarperez03@gmail.com	
¿Estudias Actualmente? Si X No ○	Grado 3º Horario de Clases Diurno	¿Tienes vacuna COVID-19? Si X No ○	Dosis 1 X 2 ○ 3 ○
Colegio San martin de Porres.		Público X Privado ○	
Talla Uniforme 8 X 10 ○ 12 ○ 14 ○ 16 ○ Otra ○ ¿Cuál?		Talla Calzado *(Solo para patinaje)* 34	

DATOS ACUDIENTE

1º Apellido Durán	2º Apellido Durán	1º Nombre María	2º Nombre Elena
Tipo de Documento CC X CE ○ Pasaporte ○	Nº. 1052702448	Lugar de Expedición Talaigua	Sexo F X M ○ I ○
Parentesco Madre.	Ocupación ama de casa	Teléfono Fijo	Celular 3107788829

TIPO POBLACION

Afrocolombianos X | Victima del Conflicto ○ | LGBTIQ+ ○ | Indigenas ○ | Gitanos ○ | Otra ○ ¿Cuál?

Yo, María Elena Durán D. identificado(a) con C.C. No. 1052702448 de Talaigua N. en mi calidad de acudiente o padre de familia del niño(a) Geronimo Perez D., AUTORIZO la participación del proyecto de las Escuelas de Formación Deportivas por parte de la Alcaldia de Chapinero. Conozco los riesgos que puede estar incluido por la practica del Deporte y me comprometo a realizar un acompañamiento permanente durante las sesiones de clase de cada deporte, de igual forma AUTORIZO el uso de las imagenes que se puedan generar (Audio, Fotografia o video) como parte de la evidencia y soporte contractual, de igual forma dejo constancia que la información consignada en este formulario es real y es posible su verificación.

María Elena Durán

Firma y cédula: 1052702448

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por parte de la fundacion IWOKE para el tratamiento de los datos en el marco del CPS, y con la finalidad de soporte e información de las actividades propias del proyecto y la Alcaldia Local de Chapinero.

CONTROL

Fotocopia Documento Inscrito	
Fotocopia Recibo Público	
Fotocopia EPS o Comprobador Derechos	
Certificado Médico (Por en condición de discapacidad)	
Certificado Vacunas COVID-19	

Mejor Verjón para todos 2022-

Bogotá vereda el Verjón bajo localidad de chapinero

2-09-2022

Referencia: certificado de domicilio

En mi calidad de presidente de la Junta de Acción Comunal me permito certificar, por solicitud del interesado, que el señor Dioxuris Jorgineth Daza Gómez identificado C.E 26187106 y su nucleo familiar: Anthony Junior Márquez Rodriguez 18539395, y los menores Daynerls Williamnys Daza Gómez, Daniel Alejandro Márquez Alvarado y David Antonio Márquez Alvarado; son residentes de esta vereda.

Con especial atención

Giovanny Francisco Niño C
Presidente JAC vereda Verjón Bajo Chapinero
Certificado de existencia y representación legal Código 2028
3017294991

547

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1028406425
NOMBRES	KELY JOHANA
APELLIDOS	NOVOA CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/07/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/20/2022 17:39:29	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al

REGI
NACION

CON

IMPRESIÓN DACTILAR



- Vigencia de seis (6) meses
- Visite https://wsp.registraduria.gov.co/estadodocs para verificar la producción del documento
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento partir de la fecha de producción (Resolución 11630 de 2018)

FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

FECHA DE PREPARACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
26 SEP 2022	1.028.406.425
CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN	
4 PRIMERA VEZ TI	
APELLIDOS	
NOVOA CASTRO	
NOMBRES	
KELY JOHANA	
LUGAR DE PREPARACIÓN	
LA CALERA (CUNDINAMARCA)	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA) 18 NOV 2014	O-

55980290

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05-11-21	SINOVAC	202170916	CS LA CALERA	Carolina Pardo Vacunadora C.C. 52.[illegible]000	
	2	19 EN 22.	COVID-19 Vaccine (Vero Cell), Inactivated B202108114 2022 08 11		Centro de Salud La Calera CC: 35.221.475	Auxiliar de Enfermería Carolina Chaves	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: KELLY JOHANA

Apellidos: NOVOA CASTRO.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál: RC.

No. 1028406425

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 11 Año 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

NO. 1451549

COL

URBINA GOMEZ
APELLIDOS

SOFIA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

941274102092010
DNI N°.

02-09-2010
FECHA DE NACIMIENTO

11-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1781085

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migracion Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL1451549<<3<<<<<<<<<<<<<<<
1009022F3105308VENE1781085<<<6
URBINA<GOMEZ<<SOFIA<<<<<<<<<<<

Confirmación en Línea

REGISTRO ÚNICO DE MIGRANTES VENEZOLANOS

RUMV



CERTIFICADO DE REGISTRO

Ha cumplido satisfactoriamente su registro para dar continuidad a la**solicitud del Permiso por Protección Temporal - PPT.**

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Esta constancia es de carácter temporal, y debe presentarla en el momento que sea solicitado por la autoridad migratoria o ante requerimiento de las autoridades policiales o militares colombianas.
2. Debe presentar esta constancia y la identificación (pasaporte, cédula de identidad, acta de nacimiento) con la que se registró, y así dar continuidad al registro biométrico y entrega del documento definitivo.
3. La constancia de Pre – Registro para el otorgamiento del PPT no es considerada como un documento de identidad, ni reemplaza la Cédula de Identidad venezolana o acta de nacimiento, no modifica su estatus migratorio, no le otorga beneficios o facultades en el territorio nacional, no equivale al reconocimiento de la condición de refugiado, ni implica el otorgamiento de asilo de acuerdo con el Parágrafo 2 del Artículo 6 del Decreto 216 de 2021
4. Con la constancia de Pre - Registro para el otorgamiento del PPT podrá aplicar para la solicitud del Permiso por Protección Temporal.
5. Esta constancia de Pre – Registro para el otorgamiento del PPT es de carácter personal e intransferible.
6. Cualquier tipo de alteración de este documento generará su invalidez.
7. El uso indebido de este documento generará la cancelación del RUMV.

Lo anterior, sin perjuicio de las actuaciones administrativas o judiciales a que haya lugar según corresponda

RUMV MIGRACIÓN

No. DE REGISTRO RUMV: 1729903



NOMBRES:	**SANTIAGO**
APELLIDOS:	**LINARES PACHECO**
FECHA DE NACIMIENTO:	**30-04-2014**
NACIONALIDAD:	**VENEZUELA**
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	**PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL**
NO. DE DOCUMENTO:	**001632**
GÉNERO:	**Masculino**
FECHA DE REGISTRO	**11-05-2021**

Recuerde que esta certificación **no** es un documento de identificación

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co
Línea Nacional Gratuita: 01 8000 520454
Migracioncol

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.071.167.324

PINEDA NOVOA

APELLIDOS

LINA SOFIA

NOMBRES



Linapineda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-2011

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-JUN-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

F SEXO

02-OCT-2018 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1513900-01012125-F-1071167324-20181026 0062851439A 1 51707518

551

CARNE AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 35221898

CATEGORIA
A

DATOS DEL AFILIADO
PINEDA NOVOA LINA SOFIA

RC 1071167324

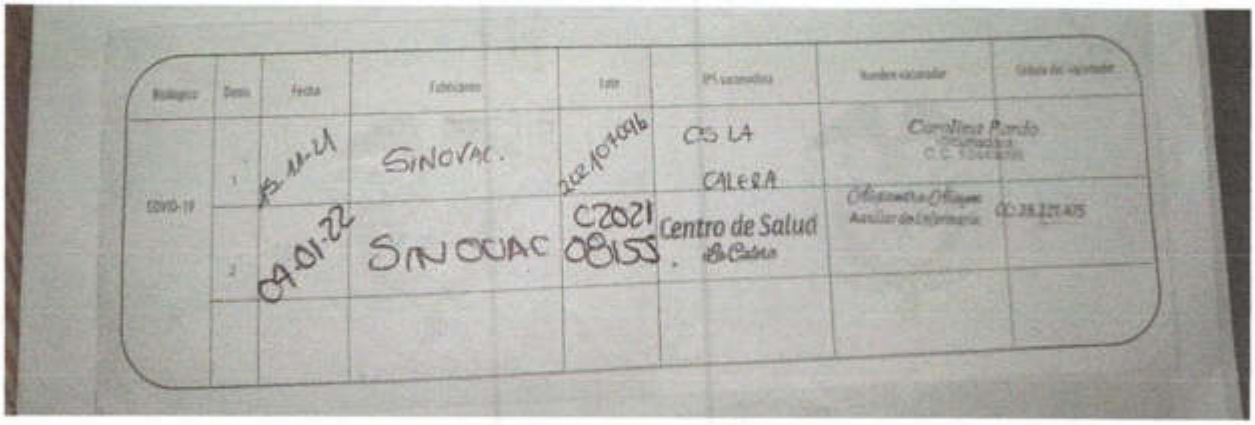
TIPO DE AFILIADO
Beneficiario

IPS PRIMARIA
COMFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

DISCAPACIDAD

URGENCIAS HASTA
****

FECHA AFILIACIÓN
17/09/2011



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5-11-21	SINOVAC.	202107046	CS LA CALERA	Carolina Pardo	
	2	04-01-22	SINOVAC	C2021 08155	Centro de Salud La Calera		CC 28.227.405



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: LINA SOFIA

Apellidos: PINCDA NOVOA

Documento de identidad: C.C. TI X Pasaporte PEP DNI DIE

No. 1071167324

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 06 Año 2011

enel

6881123-9

695299524-0

CLIENTE

TOTAL A PAGAR
$60.560

CONTRIBUCION
$10.434

PAGO OPORTUNO
23 SEP 2022

FECHA SUSPENSION

EVOLUCION DEL CONSUMO

PERIODO FACTURADO

INFORMACION DEL CONSUMO

CALIDAD DEL SERVICIO

INFORMACION DE INTERES

INFORMACION TECNICA

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO:	SUBTOTAL
CONSUMO DE ENERGIA	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$ 63.827
	$2
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $ 2270 DIARIOS	($3.287)
SUBTOTAL VALOR OTROS	$ 0
SUBTOTAL VALOR DESCUENTOS	$ 60.560
SUBTOTAL CONCEPTOS ENERGIA	SUBTOTAL
CONCEPTO: PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y BENEFICIOS	
SUBTOTAL PORTAFOLIO	$0

Número de Cuenta	Número de Servicio Público
6881123-9	695299524-0

TOTAL A PAGAR
$ 60.560

PAGO OPORTUNO
23 SEP/2022

557