1453

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.150.188.155**
PULIDO HERNANDEZ
APELLIDOS
JOSE GABRIEL
NOMBRES

Jose Pulidoth
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
19-DIC-2033 FECHA DE VENCIMIENTO
O+ G S RH
M SEXO
24-ENE-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01341637-M-1150188155-20230208 **0096989370A 1** 8507034064

1454



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.780.390
HERNANDEZ SIERRA
APELLIDOS
XIOMARA ANDREA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-1984
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
01-AGO-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00689893-F-0052780390-20150421 0043950392A 1 1363310243

1455

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) XIOMARA ANDREA HERNANDEZ SIERRA identificado(a) con Cedula Ciudadania 52780390, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201229	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JUAN FRANCISCO PULIDO HERNANDEZ	HI	1150184349	TI	20201229	No Registrada	Activo
JOSE GABRIEL PULIDO HERNANDEZ	HI	1150188155	TI	20201229	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Julio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN 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 CER-AFI
22345472

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Resolución No. 4859 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 16764031185579 de 13/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

Cuenta / Referencia de pago: 61611805

Factura electrónica de venta F15I78118206

Cliente: ANA CUERVO

Dirección de servicio: KR 85L 63B 0042 C23 00001

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/11 03:49:00

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/12 10:43:10

Forma de pago: Crédito 14 días

CUFE: 8f901a099cd7d090ca5a1aa501d9e12c22518d9d2b88a8dec832b316f0897af9f4d61cd6459bbc5f9f0b946c5d41582c

Componentes tarifarios: Gm: 1056.38 m: 694.03 Dm: 607.24 Cm: 2417.38 , p: 59.73 Cufm: 3811.0 CUvm: 2417.38 Cvm:0.0 Cuc: 0.0
Fpcm:42.436 M/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 59 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 269.456 DAI/R: 0.0 DAI/NR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	5.0	2.417,38	12.086,90	0,00	12.086,90
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	1,12	1,12	0,00	1,12
INBASFN G	INTERESES FINANCIAMIENTO - NO GRAVADO	UN	1.0	869,49	869,49	0,00	869,49

Subtotal 16.768,51

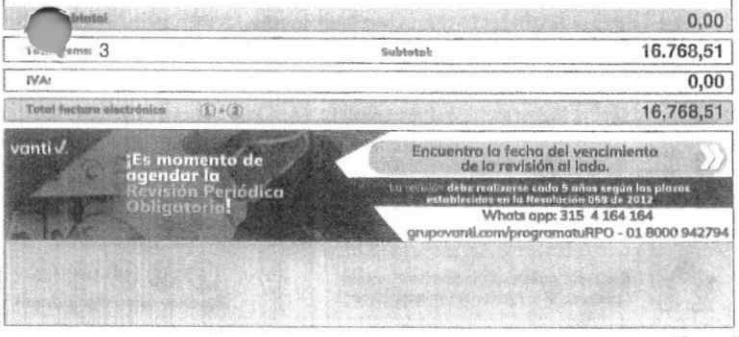
② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 3 Subtotal: 16.768,51

IVA: 0,00

Total factura electrónica ① + ② 16.768,51



Factura Transformada S.A. NIT 900.932.115-4

vanti
Más formas de avanzar

1456

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 www.grupovanti.com

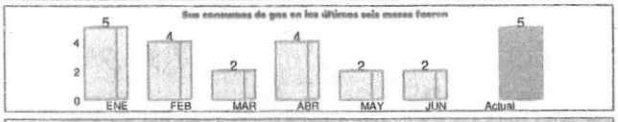
Datos de medición para consumo de gas:			Medidor Nº: 5057101-407735
Uso: Residencial		Estrato / Categoría: E3	Tarifa: R_E3
Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 2804	2023-06-06	REAL	
Actual 2810	2023-07-08	REAL	
Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023			

Volumen medido (Vm): 6 Kp: 0.76865 Kt: 1.00599 Ft: 0.77326 Volumen corregido (Vc): 5

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.84 Temperatura estándar (Te): 15.56

Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.0234 F2 pv: 1.0



① Saldo Anterior 0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Costo	Intereses	Capital
2.06 % Visita RPO Cliente Residenci 4/7	31976.53	11100.98	869.49	10231.49

Subtotal 10.231,49

⑤ Recaudo de terceros Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ 27.000,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/03/2028	26/07/2023	25/07/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en cinta de reconexión: 60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 2700

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de anteriores de consumo, puede proceder al recobro de reposición ante la empresa y ¿podía ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)61611805(3900)000000000027000

6499

C1

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**

¡Ten presente!
Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:
- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura.

Comunícate con nosotros:
- Emergencias: **164**
- Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Paga a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancamía · Itaú* · Banco Caja Social · Bancolombia* · Banco GNB Sudameris · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davipuata · Rappi pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales
- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Cuenta o Referencia de pago: **61611805**

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: ANA CUERVO
Direccion: KR 85L 63B 0042 C23 00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000 Lote: P05GN
Ruta: 00113803118000050000
Sector: VILLA LUZ
Código Sector 220
Medidor No.:5057101-407735

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE:



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

1457

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Mayra Leandra Gallego

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1014193073

4. ¿Cuál es su número de celular? 3017333097

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 116 D #70 B-33

7. ¿Cuál es su edad? * 32

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1011241199

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3017333097

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1458

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) (X) Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente (X) Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 116 D #90B-33

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Fisica ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

Natación 1459
· 3017333097

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Mayra L. Gallego R. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014193073 de Bogotá y domiciliado en el barrio San José (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Mayra L. Gallego R.
C.C: 1014193073
Teléfono: 3017333097
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3017333097
Dirección: Cra 116D #70B-33
Samantha Velosa Gallego.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1011241199. I.I.

* Barrio San José Obrero - (Engativa Pueblo)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

1460

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1011241199
NOMBRES Y APELLIDOS	Velosa Gallego,Samantha
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/09/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Velosa Gallego,Samantha , a los 26 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.011.241.199**

VELOSA GALLEGO

APELLIDOS

SAMANTHA

NOMBRES

Samantha V.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

26-NOV-2033 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

30-NOV-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01334175-F-1011241199-20221214 **00930**26671A 1 8506485584



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.193.073
GALLEGO RODRIGUEZ

APELLIDOS
MAYRA LEANDRA

NOMBRES

Mayra L. Gallego R.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

10-JUL-2006 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00332882-F-1014193073-20110910 0028002693A 1 1281496037

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanéa y paga tu factura

Datos del usuario
MARGARITA RODRIGUEZ BONILLA
KR 116D 70B 33

1463

ENGATIVA
LA RIVIERA

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22106

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13752721 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½"

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1100/1000-10 EAB-ESP

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **11208330**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **42548414194**

TOTAL A PAGAR $146.200
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

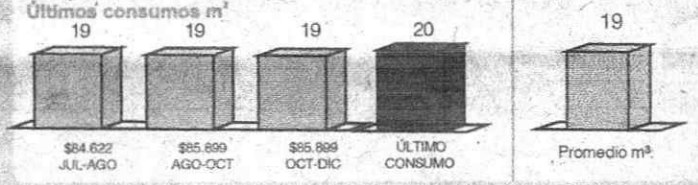
Fecha de pago oportuno ~~MAR/29/2023~~ ABR/03/2023

Fecha de suspensión CALLE 67 1000852014 ABR/03/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	280	CONSUMO (m³)	20
LECTURA ANTERIOR:	260		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
DIC/29/2022 - FEB/25/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/15/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAY/24/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$15.915,77	$15.916	$6.367-	$9.549,46	$9.549
Consumo residencial básico	20	$3.108,75	$62.175	$24.870-	$1.865,25	$37.305
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$78.091	$31.237-		$46.854
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.565,12	$7.565	$3.026-	$4.539,07	$4.539
Consumo residencial básico	20	$3.213,99	$64.280	$25.712-	$1.928,40	$38.568
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$71.845	$28.738-		$43.107

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1-	
Ben. Mín. Vital Total				$22.383-	
Intereses de mora				$50	
Subtotal Otros Cobros (3)				$22.334-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual: $22.383-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4) $84.020

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $44.981

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.525



FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * JUAN RICARDO VELANDIA BUITRAGO

2. ¿Cuál es su tipo documento? * ⊗ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 79.131.781

4. ¿Cuál es su número de celular? 3124838918

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * ricardobuitragovelandia22@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 63 D Bis # 43 A 50

7. ¿Cuál es su edad? * 55

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ⊗ No ○ Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

⊗ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* MARIA JOSE VELANDIA RODRIGUEZ.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.013.012.450

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 12 años.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? NO TIENE - MENOR DE EDAD

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * NO TIENE - MENOR DE EDAD

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ☒ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ☒ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 63 D BIS # 113 A 50 LAURELES ENGATIVA

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

☒ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

☒ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

☒ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ☒ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
☒ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ⊗ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ⊗ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

⊗ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ⊗ Buena ⊗ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

Talla 12

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo JUAN RICARDO VELANDIA Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79.131.781 de BOGOTÁ y domiciliado en el barrio LAURELES, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ BALONCESTO Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en BOGOTA a los 31 días del mes de JULIO de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__

Nombre: JUAN RICARDO VELANDIA BUITRAGO

C.C: 79131781

Teléfono: 312-4838948

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: CLL 63 D BIS # 113 A 50

MARÍA JOSE VELANDIA RODRIGUEZ

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1.013.012.450

79131781

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

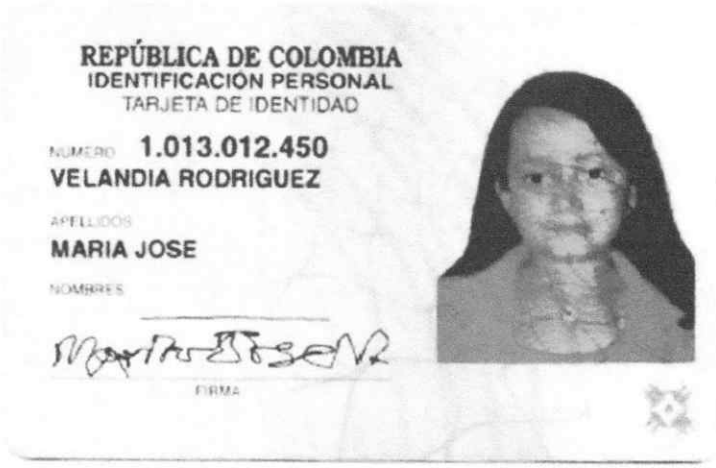
CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Juan Ricardo Velandia mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79131781 de Bogota. y domiciliado en el barrio laureles, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Baloncesto. del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en BOGOTA a los 31 días del mes de JULIO de 2023.

Firma:
Nombre: Juan Ricardo Velandia
C.C: 79131781.
Teléfono: 3124838918.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3153060693.
Dirección: calle 63D Bis # 113A-50.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.013.012.450
VELANDIA RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARIA JOSE

NOMBRES

FIRMA



10-AGO-2011
FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-AGO-2029 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
18-OCT-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Deporte: Baloncesto (natación)
Nombre Acudiente: Ricardo VELANDIA
Celular: 3124839919
Correo: Yiyi.Rodriguez@hotmail.com.
Edad: 12 años


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.131.781
VELANDIA SUITRAGO
APELLIDOS
JUAN RICARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1968
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-AGO-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00202785-M-0079131781-20091211 0018937708A 1 1290104132

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) JUAN RICARDO VELANDIA BUITRAGO identificado(a) con Cedula Ciudadania 79131781, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ARTE CREATIVO LTDA NIT 860521992, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210309	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIA JOSE VELANDIA RODRIGUEZ	HI	1013012450	TI	20210413	No Registrada	Activo
LUCIANA VELANDIA RODRIGUEZ	HI	1013018767	TI	20210413	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Julio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN 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 CER-AFI
22393074

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

FACTURA POR **2 MESES**

1472

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario
DORY RODRIGUEZ Y O
CL 63D BIS 113A 50

ENGATIVA
VILLA GLADYS

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22096

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 15455741 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10353594**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **16428137810**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$215.985

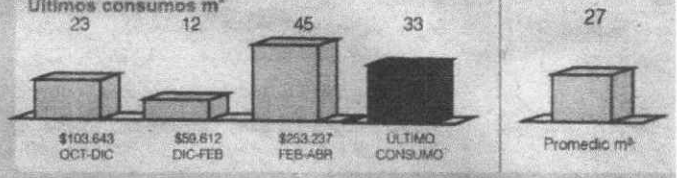
Fecha de pago oportuno JUL/28/2023

Fecha de suspensión AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	216	CONSUMO (m³)	33
LECTURA ANTERIOR:	183		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ABR/27/2023 - JUN/24/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/13/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/20/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.914,50	$16.915	$6.766-	$10.148,70	$10.149
Consumo residencial básico	22	$3.300,65	$72.614	$29.045-	$1.980,39	$43.569
Consumo residencial superior a básico	11	$3.300,65	$36.307	$0	$3.300,64	$36.307
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			**$125.836**	**$35.811-**		**$90.025**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.039,83	$8.040	$3.216-	$4.823,90	$4.824
Consumo residencial básico	22	$3.395,17	$74.694	$29.878-	$2.037,10	$44.816
Consumo residencial superior a básico	11	$3.395,17	$37.347	$0	$3.395,18	$37.347
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			**$120.081**	**$33.094-**		**$86.987**

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$2-	
Beri. Mín. Vital Total			$23.765-	
Subtotal Otros Cobros ③			**$23.767-**	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	**$0**

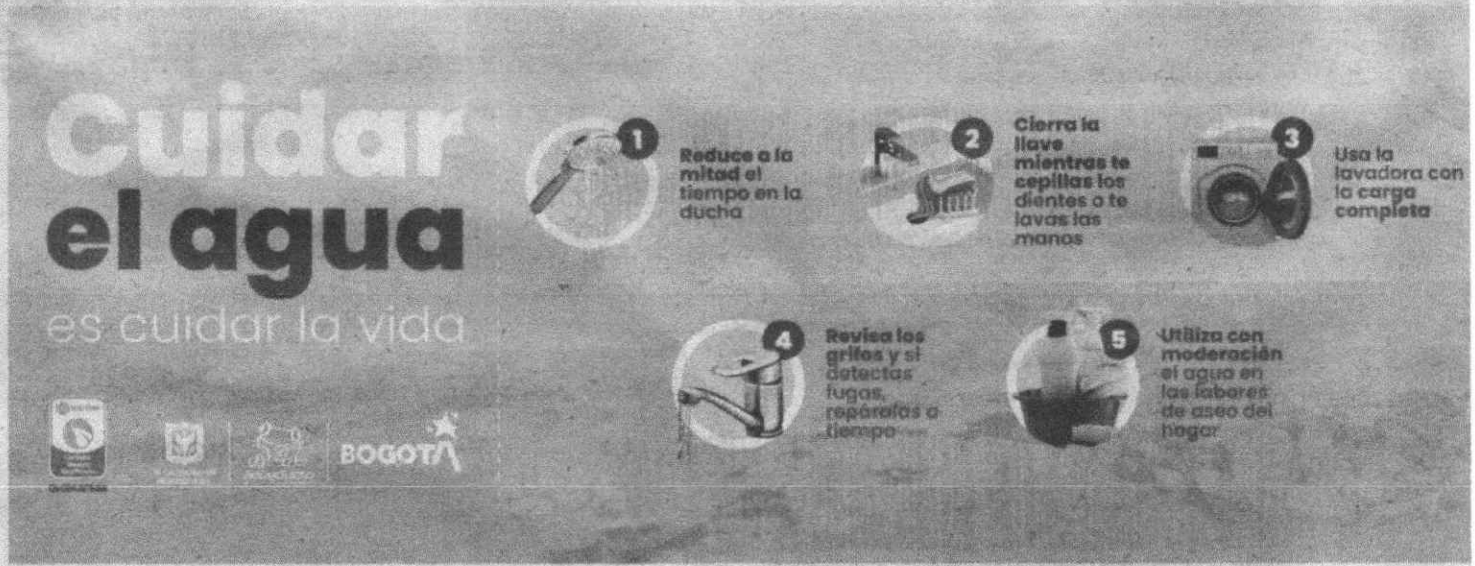
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual: **$23.765-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ **$153.245**

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$88.506**

CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$3.000**

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1001000-10 EAB-ESP



aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA

NIT 901.144.843 -9

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

KR 69 No. 80 - 27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención:
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

BOGOTÁ LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10353594

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 16428137810

Período facturado
MAY/01/2023 - JUN/30/2023

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	2
Und. Res. Ocup:	2	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.000
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.00
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
48.902,68	34.113,38	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:
0.0027	0.0012	0.0000
Efectivamente Aprovechadas: 0.0414	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:	0.0414

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$59.361	$62.131	$63.511	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$104.563	Ajuste a la Decena	$2
Subsidio	$41.825-		
Subsidio	40%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de **EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1**

VALOR ASEO $ 62.740

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.997)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Usada)	$16,64	$27,73	$671
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación de Aguas Residuales)	$51,32	$85,53	$2.070

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros (4) $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamia, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP PSE Y BILLETERAS MOVILES

puntopay tpaga DAVIplata

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

Punto de Pago

MEDIOS ELECTRONICOS | CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS | CENTRO NACIONAL | SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS

SUPERCADES | CADES | RAPICADES

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

FACTURA DE COBRO No. 16428137810 - 10353594

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	DORY RODRIGUEZ Y O
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	CL 63D BIS 113A 50

(415)7707200489996(8020)16428137810 9(3900)000000062740

TOTAL ASEO $62.740

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICION 13.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 16428137810 - 10353594

Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario)

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	DORY RODRIGUEZ Y O
ABR/27/2023 - JUN/24/2023	CL 63D BIS 113A 50

(415)7707200485271(8020)16428137810 9(3900)000000153245

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $153.245

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICION 13.07.2023

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Cedula

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Carmen Elisa Cruz Mesa

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52 788 484

4. ¿Cuál es su número de celular? 317 526 8431

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 71B N 80-24

7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Valentina Tolifo Cruz

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ⓨ Registro civil ○ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141724020

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 6

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre Ⓐ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⓨ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⓨ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna Ⓐ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⓨ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

Ⓐ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

Ⓒ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3175268431

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◉ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◉ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 71 B N 80 - 24

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

3133203471
Natación 1475

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Emilce Castillo Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52559539 de Bogotá y domiciliado en el barrio Estrada, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá, a los 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Emilce Castillo
C.C: 52559539
Teléfono: 3133203471
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cr. 69B No. 68-71
Hade Amezquita
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1053450969

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

1476

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.053.450.969

Indicativo Serial 59419931

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 2 a Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D Z X

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AMEZQUITA	NAVARRETE

Nombre(s)

HADE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes ABR Día 27	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14623049-7

Datos de la 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

NAVARRETE ARRIETA ANYI DEL CARMEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.052.412.328 DE DUITAMA	COLOMBIANA

DESPRENDIBLE
NO VALIDO COMO REGISTRO CIVIL

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

AMEZQUITA SAGANOME BRAYAN EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.057.602.560 DE SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AMEZQUITA SAGANOME BRAYAN EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.057.602.560 DE SOGAMOSO	

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 2018 Mes ABR Día 30	MARTHA LUZ GOMEZ HIGUERA (E) RES. SNR 4230/25-04-18 Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
Martha Luz Gomez H.
SEGUNDA DUITAMA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

1477

SaludTotal.

BOGOTA, Julio 26 de 2023

Señor
AMEZQUITA SAGANOME BRAYAN EDUARDO
CC. 1057602560
CR 68 A 68A 88 - 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 Mayo 17 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
AMEZQUITA SAGANOME BRAYAN EDUARDO	1057602560	C	May-17-2018	117	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
NAVARRETE ARRIETA ANYI DEL CARMEN	1082412325	C	May-18-2018	117	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
AMEZQUITA NAVARRETE HAZIE	1063450869	R	May-17-2018	117	0	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
ATMOSFERA TEXTILES SAS	1057602560	Dependiente	CERRADO
BRAYAN EDUARDO AMEZQUITA SOGANOME	1057602560	Trabajador Independiente	CERRADO
BRAYAN EDUARDO AMEZQUITA SOGANOME	1057602560	Trabajador Independiente	CERRADO
CENTRAL DE TORNILLOS Y REMACHES LTDA	1057602560	Dependiente	CERRADO
CON LOGISTICA DEL VALLE SAS	1057602560	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO BENEE	1057602560	Dependiente	CERRADO
LUIS EDUARDO AMEZQUITA ESTEPA	1057602560	Dependiente	VIGENTE
SERVICIOS ARCOM SAS	1057602560	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS ARCOM SAS	1057602560	Dependiente	CERRADO

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,

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

JUAN DE J HEREDIA
KR 69G 68 71

1478

ENGATIVA
LA ESTRADA

OTÁ
- ESP

Escanea y paga tu factura

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22742

Datos del medidor

MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13771127 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10054954

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 42568959912

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) $321.840

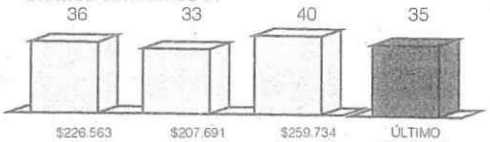
Fecha de pago oportuno JUL/11/2023

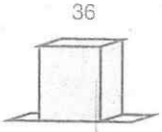
Fecha de suspensión JUL/14/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	545	CONSUMO (m³)	35
LECTURA ANTERIOR:	510		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descarga fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
ABR/12/2023 - JUN/09/2023

Resumen de su cuenta
FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.764,85	$16.765	$2.515-	$14.250,12	$14.250
Consumo residencial básico	22	$3.271,69	$71.977	$10.796-	$2.780,94	$61.181
Consumo residencial superior a básico	13	$3.271,69	$42.532	$0	$3.271,69	$42.532
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$131.274	$13.311-		$117.963
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.968,70	$7.969	$1.196-	$6.773,40	$6.773
Consumo residencial básico	22	$3.365,90	$74.050	$11.108-	$2.861,01	$62.942
Consumo residencial superior a básico	13	$3.365,90	$43.757	$0	$3.365,92	$43.757
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$125.776	$12.304-		$113.472

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$5	
Intereses de mora				$220	
Subtotal Otros Cobros ③				$225	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $231.660

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $115.718

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $3.923

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 860.096.812-8 29/06/2023

USUARIO PARA QUIEN ENTREGUEN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Ciclo 2

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Carmen Elisa Cruz Mosa

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52788484

4. ¿Cuál es su número de celular? 3175268431

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * C117I B N°80-24

7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Isabella Tanifa Cruz

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141134089

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3175268431

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 71 B N° 80-24

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

10

¡Gracias por su tiempo!

1481

Natación.

3175268431

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Carmen Elisa Cruz Mesa Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.788.484. de Bogotá. y domiciliado en el barrio Sta Helenita, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación. Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre √ padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Carmen Elisa Cruz Mesa.
C.C: 52.788.484.
Teléfono: 3175268431.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: Wilson Tonfio. 3504937397.
Dirección: Cll. 71 B N. 80-24.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Valentina Tonfio Cruz.
Número de identificación NUP.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

1482

51669

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141724020

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52632395

52632395

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 70 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DUB

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

*** COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA******

Datos del inscrito

Primer Apellido: TORIFIO********** Segundo Apellido: CRUZ **********

Nombre(s): VALENTINA**********

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes ABR Día 22 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): **********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO********** | Número certificado de nacido vivo: 14132574-2*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ MESA CARMEN ELISA**********

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 52788484 DE BOGOTA D.C.********** | Nacionalidad: COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORIFIO CASTILLO WILSON ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1015394027 DE BOGOTA D.C.********** | Nacionalidad: COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORIFIO CASTILLO WILSON ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1015394027 DE BOGOTA D.C.********** | 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 2017 Mes ABR Día 29

Nombre y firma del funcionario autorizante

NATALIA PERRY T.

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

TORIFIO CASTILLO WILSON ENRIQUE

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NATALIA PERRY T.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 32 FOLIO 078

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LA SUSCRITA NOTARIA SETENTA (70) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

CERTIFICA

QUE ESTA FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA, LA CUAL SE EXPIDE A PETICIÓN DEL INTERESADO.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ A LOS 2 MAY 2017

NATALIA PERRY T.
NOTARIA SETENTA (70) DE BOGOTÁ

Scanned by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52788484
NOMBRES Y APELLIDOS	Cruz Mesa,Carmen Elisa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/07/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1188213995
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Cruz,Daniel Esteban
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1141134085
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Cruz,Isabella
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	27/02/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cruz Mesa,Carmen Elisa, a los 18 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Cuenta / Referencia de pago: 60692680

Factura No. física de Vanti: F15I76374248

Cliente: MARIA HELENA ACUNA

Dirección de servicio: CL 71B 80 0024 00002

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/06/17 04:05:43

Fecha y Hora de Expedición: 2023/06/19 00:39:46

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: 639128faf0aeb37071b36bf1acb556bd7000eb9f943838ba8f5c1b49dfd69fc048ac6c20fb30f0fa52e1979e2c4050ff

Componentes tarifarios: Gm: 1089.52 m: 732.84 Dm: 622.14 Cm: 2506.69 , p: 62.19 Cuem: 3775.0 CUvm: 2506.69 Cvm: 0.0 Com: 0.0
Fpcm: 42.512 M/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 83 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 256.89 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	7.0	2.506,69	17.546,83	0,00	17.546,83
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.775,00	3.775,00	0,00	3.775,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-1,83	-1,83	0,00	-1,83

Fago
Servicio $21.320
pag. → 05-07-23

Subtotal 21.320,00

② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Items: 2 Subtotal: 21.320,00

0,00

Total factura electrónica ① + ② 21.320,00



vanti
Más formas de avanzar

1485

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.313-5 www.grupovanti.com

Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5087196-55765

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 2160	2023-05-13	REAL	
Actual 2169	2023-06-13	REAL	

Periodo facturado: MAY-2023 JUN-2023

Volumen medido (Vm): 9 Kp: 0.76828 Kt: 1.00522 Fz: 0.77227 Volumen corregido (Vc): 7

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.06 Temperatura estándar (Ta): 15.56

Presión estándar (Pa): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 Fz pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior 0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① · ③ · ④ · ⑤ 21.320,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/03/2028	06/07/2023	05/07/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 2132

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo, puede proceder el recurso de reposición ante la misma y/o apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en los lugares de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)60692680(3900)0000000021320

En convenio de recaudo con:
vanti
CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles
Las Previsiones Exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coorserpark S.A.S.
Vanti S.A. ESP. y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.
*Consulta condiciones en nuestra página web
www.coorserpark.com

Brindamos cobertura de Previsión Exequial a tu grupo familiar y además:
Cobertura a nivel nacional
Funerarias de primera categoría
Productos innovadores
Amplio portafolio de servicios
www.capillasdelafe.com

Paga tu plan de Previsión Exequial a través de tu factura de Vanti
¡AFÍLIATE HOY!
*Más información al respaldo

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Gladys Amanda Sierra

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 27892574

4. ¿Cuál es su número de celular? 3115373909

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 64 a N°81 a - 54

7. ¿Cuál es su edad? * 62

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (X) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

( ) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

(X) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* _____

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* _____

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? _____

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ⊗ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ⊗ Otro ¿Cuál? formado

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

Natación 1488

3175268431

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Carmen Elisa Cruz Mesa Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52'788.484 de Bogotá y domiciliado en el barrio Santa Helenita (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre✓ padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Carmen Elisa Cruz Mesa
C.C: 52.788484.
Teléfono: 3175268431
Teléfono de contacto en caso de emergencia: - Wilson Toñito C. 3504937397.
Dirección: Cll. 71 B No 80-24.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Isabella Toñito Cruz.
Número de identificación 1.111.134085.

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.134.085
TORIFIO CRUZ
APELLIDOS
ISABELLA
NOMBRES

Isabella Torifio
FIRMA





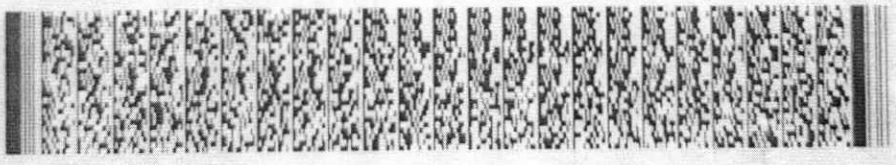
FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-2016
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-FEB-2034 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

19-ABR-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01352830-F-1141134085-20230426 0106026805A 1 8507945627

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015394027
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Castillo,Wilson Enrique
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1141724020
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Cruz,Valentina
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/05/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1188213995
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Cruz,Daniel Esteban
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1141134085
NOMBRES Y APELLIDOS	Torifio Cruz,Isabella
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	27/02/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cruz Mesa,Carmen Elisa, a los 18 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1492

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52788484
NOMBRES Y APELLIDOS	Cruz Mesa,Carmen Elisa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/07/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

1493

Cuenta y Referencia de pago:
60692680

Factura Electrónica de Venta: F15I76374248

Señor(a): MARIA HELENA ACUNA

Dirección de servicio: CL 71B 80 0024 00002

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/06/17 04:05:43

Fecha y Hora de Expedición: 2023/06/19 00:39:46

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: 639128faf0aeb37071b36bf1acb556bd7000eb9f943838ba5f5c1b49dfd69fc048ae6c20fa30f0fa52e1979e2c4050f

Componentes tarifarios: Gm: 1089.52 Gn: 732.84 Dm: 622.14 Cmc: 2506.69 Cp: 62.19 Cufm: 3775.0 CUvm: 2506.69 Cvom: 0.0 Com: 0.0
Fpcm: 42.512 M³/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 83 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 256.89 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	7.0	2.506,69	17.546,83	0,00	17.546,83
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.775,00	3.775,00	0,00	3.775,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-1,83	-1,83	0,00	-1,83

Fago
Servicio gas 21.320
gas. -> 05-07-23

Subtotal 21.320,00

② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 21.320,00

0,00

Total factura electrónica ①+② 21.320,00

vanti

¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

La revisión debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programatuRPO - 01 8000 942794

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.067.813-5 www.grupovanti.com

Datos de medición para consumo de gas: Medidor N°: 5087196-55765

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 2160	2023-05-13	REAL	
Actual 2169	2023-06-13	REAL	

Periodo facturado: MAY-2023 JUN-2023

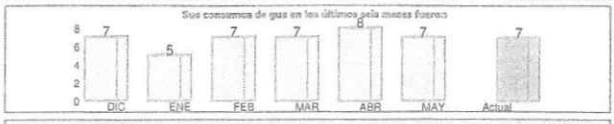
Volumen medido (Vm): 9 Kp: 0.76826 Kt: 1.00522 Ft: 0.77227 Volumen corregido (Vc): 7

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.06 Temperatura estándar (Ts): 15.56

Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 F2 gv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior	0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ①+③+④+⑤ 21.320,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/03/2028	06/07/2023	05/07/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 2132

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se tenga a consumos no autorizados, fraude a la conexión, alteración del medidor o a la instalación interna y de artefactos de consumo, puede proceder el recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el usuario tiene derecho a reclamar dentro de los 5 días de la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)60692680(3900)0000000021320

En convenio de recaudo con:

vanti

CAPILLAS DE LA FE

COORSERPARK

Con usted en los momentos difíciles

Las Previsiones Exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coorserpark S.A.S.
Vanti S.A. ESP. y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.
*Consulta condiciones en nuestra página web

www.coorserpark.com

Brindamos **cobertura de Previsión Exequial** a tu grupo familiar y además:

- Cobertura a nivel nacional
- Funerarias de primera categoría
- Productos innovadores
- Amplio portafolio de servicios

www.capillasdelafe.com

Paga tu plan de Previsión Exequial a través de tu factura de Vanti

¡AFÍLIATE HOY!

*Más información al respaldo

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 -2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Alexandra Rojas Pinzón

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52'322.099

4. ¿Cuál es su número de celular? 322402 6257

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * ropialexandra1974@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll. 63 D bis # 113-59

7. ¿Cuál es su edad? * 49

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Laura Valentina Mora Rojas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1011.097.780

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 16

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

○ Primaria ⊗ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3214997436

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * lauritamora42@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ☒ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ☒ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ☒ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ☒ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

☒ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ☒ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
☒ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ⊗ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

Pantalon: 18/20 Blusa/Saco: 2XL

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Alexandra Rojas Pinzón Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52'322.099 de Bogotá y domiciliado en el barrio Los Laureles (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ NTAClan Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 1 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre __ padre __ tutor __ cuidador __

Nombre: Alexandra Rojas Pinzón

C.C: 52'322.099

Teléfono: 3224026257

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: Cll. 63 D Bis # 113-59.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Laura Valentina Mora Rojas.

Número de identificación

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo ALEXANDRA ROJAS PINZON mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.322.099 de BOGOTÁ y domiciliado en el barrio LAURELES, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ NATACIÓN del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en BOGOTÁ a los 1 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma: _____
Nombre: ALEXANDRA ROJAS P.
C.C: 52.322.099
Teléfono: 3224026257
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: Cll 63D BIS #113-54.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

1499

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.097.780**

MORA ROJAS
APELLIDOS

LAURA VALENTINA
NOMBRES

Laura Mora
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-ENE-2007**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-ENE-2025 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

19-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01083740-F-1011097780-20190713 0066364392A 2 9908432959

Departamento (Cundinamarca)
Acudiente: Alexandra Rojas
Celular: 322402 6257
Edad: 16 años

1500

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.322.099**

ROJAS PINZON

APELLIDOS

RITA ALEXANDRA

NOMBRES

Alexandra Rojas P.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ABR-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00954465-F-0052322099-20171115 0058475490A 1 9902188715

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1011097780
NOMBRES	LAURA VALENTINA
APELLIDOS	MORA ROJAS
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/01/2023 09:53:34	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya 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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

2 MESES

13330

1502

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

ANA PUREZA PINZON DE ROJAS
CL 63D BIS 113 59

ENGATIVA
VILLA GLADYS

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UNID HABIT./FAMILIAS:	1	UNID. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22096

Datos del medidor

MARCA: AQUAFORJAS NÚMERO: 0000AB532618 TIPO: VOLU015B DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10366419**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **16428141010**

TOTAL A PAGAR
Aseo, Alcantarillado y Acueducto (si aplica ver al respaldo)
Pague hasta el: (Fragilos ver al respaldo): **$98.985**

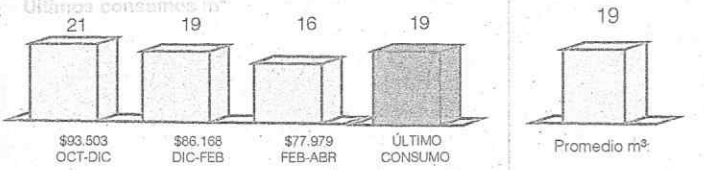
Fecha de pago oportuno: **JUL/28/2023**

Fecha de suspensión: **AGO/02/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3275	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	3256		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue tienda aliesa	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado: **ABR/27/2023 - JUN/24/2023**

FECHA DE EXPEDICIÓN: JUL/13/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: SEP/20/2023

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

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Facturado	Subsidios	Contribuciones	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.914,50	$16.915	$6.766-	$10.148,70	$10.149
Consumo residencial básico	19	$3.300,65	$62.712	$25.085-	$1.980,39	$37.627
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto			$79.627	$31.851-		$47.776
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.039,83	$8.040	$3.216-	$4.823,90	$4.824
Consumo residencial básico	19	$3.395,17	$64.508	$25.803-	$2.037,10	$38.705
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado			$72.548	$29.019-		$43.529

Otros conceptos facturados	Valor
Ajuste a la Decena	$5
Ben. Min. Vital Total	$23.765-
Intereses de mora	$50
Subtotal Otros conceptos facturados	$23.710-

Otros conceptos no facturados	Valor
Subtotal Otros conceptos no facturados	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 2 m3: **$23.765-**
Periodo facturado

$67.595	$45.653	$1.548

el agua

Reduce tu ducha del tiempo en la ducha

Cierra la llave mientras te cepillas los dientes o te lavas las manos

Usa la lavadora con la carga completa

Revisa las fugas y el desperdicio

Utiliza con moderación el riego de los jardines

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.189.868-2 Impresión: 10-07-2023

aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA

NIT 901.144.843 -9

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

KR 69 No. 80 - 27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

BOGOTÁ LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10366419

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 16428141010

Período facturado
MAY/01/2023 - JUN/30/2023

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	2
Und. Res. Ocup:	1	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.000
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.00
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
24.451,34	17.056,69	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:
0.0027	0.0012	0.0000

Efectivamente Aprovechadas:	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:
0.0414	0.0414

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$29.680	$31.065	$31.755	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$52.282	Interés de Mora	$26
Subsidio	$20.913-	Ajuste a la Decena	$5-
Subsidio	40%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

VALOR ASEO $ 31.390

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.993)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda).	$16,64	$27,73	$316
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$51,32	$85,53	$975

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros (4) $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP, PSE Y BILLETERAS MOVILES

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

MEDIOS ELECTRONICOS
Bancolombia · Cajeros Servibanca · Banco Popular · Bancos Colpatria · Banco Av Villas · Banco GNB Sudameris · Banco Caja Social · Cajeros ATH (Cargo Atrl) · Banco Citibank · Banco de Occidente

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS
BANCO DAVIVIENDA · BANCO POPULAR · BANCO DE BOGOTA

CENTRO NARIÑO
Pagos Exentos · - Visa y Mastercard · - Deluxe y efectivo · Exito 24 Sep. 37 - 15

SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS
Banco Itaú · Banco Av Villas · Banco Bogotá · Banco Sudameris · Banco Popular

SUPERCADES
CAD Americas · 20 de Julio · Engativa

CADES
Bosa Soluciones · Plaza de las Américas · Candelaria · Suba · Kennedy · Usaquén · Suba Quirigua · Tunal · Servitá · Fontibón · Mazurén · Santa Lucía · Fenix Bosa

RAPICADES
Bosa Hollanda · Puente Aranda · Madelena · Rocha · San Fernando · Avenida Suba · Santa Librada · Restrepo Kr 20 · Morelia · Calle 80 · Chapinero 53 · Chapinero 53 · Santa Inés · Sevilla · Kennedy · Chia Centro · Fontibón Centro · Sitio de Agosto · Claret

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.267.052-8

FACTURA DE COBRO No. 16428141010 - 10366419

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de garancia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	ANA PUREZA PINZON DE ROJAS
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	CL 63D BIS 113 59

(415)7707200489996(8020)164281410102(3900)000000031390

TOTAL ASEO $31.390

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 13.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 16428141010 - 10366419

Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	ANA PUREZA PINZON DE ROJAS
ABR/27/2023 - JUN/24/2023	CL 63D BIS 113 59

(415)7707200485271(8020)164281410103(3900)000000067595

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $67.595

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

1503

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sonia Esperanza Bernal Celis

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1015401410

4. ¿Cuál es su número de celular? 321418 8488

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * No Tiene

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 69 C #69-55

7. ¿Cuál es su edad? * 36

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Emily Jung Suh Quintero Bernal

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Nuip ( ) Cédula de extranjería ( ) NIT
( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141721236

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 16

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

( ) Hombre (X) Mujer ( ) Intersexual ( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

( ) Masculino (X) Femenino ( ) No binario ( ) No aplica ( ) Prefiero no contestar
( ) Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

( ) Heterosexual ( ) Lesbiana ( ) Gay ( ) Bisexual ( ) Hombre transexual ( ) Mujer transexual ( ) Queer
( ) Prefiero no contestar (X) No aplica ( ) Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Sordoceguera ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple
( ) Ninguna (X) No aplica ( ) Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

( ) Si ¿Cuál es el número de registro? _____ (X) No ( ) Prefiero no responder ( ) No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

(X) Primaria ( ) Bachiller ( ) Técnico ( ) Profesional ( ) Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

(X) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) Especial ( ) Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3214188488

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * NO TIENE

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ✓ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cr 69 C# 69-55

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16

¡Gracias por su tiempo!

3214188488
Natación

1505

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Sonia Esperanza Bernal Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1015401410 de Bogotá y domiciliado en el barrio Estrada, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá, DC a los 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Sonia Esperanza Bernal
C.C: 1015401410
Teléfono: 3214188488 - 3133119996.
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cr. 69 C No. 69-55
Emily Jung Suh Quintero B.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141721236

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

1506

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.721.236**
QUINTERO BERNAL

APELLIDOS
EMILY JUNG SUH

NOMBRES

EMILY QUINTERO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-DIC-2030 **O-** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

02-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01214481-F-1141721236-20210211 0073405253A 1 8501432237

1507

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.401.410**

BERNAL CELIS
APELLIDOS

SONIA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-SEP-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00281855-F-1015401410-20110223 **00259**37592A 1 1201208094

1508

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141721236
NOMBRES	EMILY JUNG SUH
APELLIDOS	QUINTERO BERNAL
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	09/12/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/26/2023 09:20:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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



Contáctanos

Enel Colombia · @EnelClientesCO · App Enel Clientes Colombia · WhatsApp 316 890 6003 · 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.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 4 Gratuito las 24 horas.	601 5 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Banco · Internet · Teléfono - Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Daviplata · MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · efácil · Reval · Todo Modelo · Bancolombia · 4-72 · El servicio de ayudas de Colombia · MOVIRED · puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: JUMBO · Metro

Código QR

** 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 Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:266.64 T: 48.53 D: 253.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00	/ $730.62 Costo kWh Mes	792.95 Costo kWh Mes.

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002.. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP.. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 17 JUN2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: 1601 CASETA: - NIVEL DE TENSIÓN: 1 UNIDAD: Empresa CDO. FACTURACIÓN: ER
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado en ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1509

0555855-3

PAPEL ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 728603025-0

19773

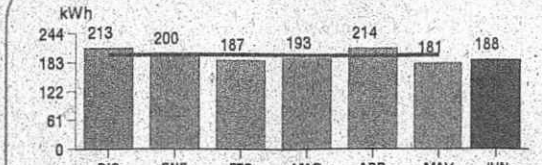
CLIENTE

MARIA T CELIS
KR 69 C NO 69 - 55

BOGOTÁ, D.C.
LA ESTRADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 6.4 kWh

VALOR DIARIO: $4,607

PERÍODO FACTURADO: 16 MAY/2023 A 14 JUN/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 188 kWh

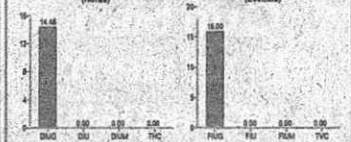
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 199 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 15 504 1495
RUTA LECTURA:	3000 5 15 509 0829
MANZANA DE LECTURA:	MS00550220
MEDIDOR NO:	71340
MEDIDOR NO:	71340

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 34069TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Abril/2023 Dt: 217.95 CF: 214 MC: 0 MP: 1 %t: 16

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Carga la lavadora siempre a su máxima capacidad en cada lavada.

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

19773 (5547) 13,075 : Page 1 of 2

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023.	Natación	2707 - 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Matallana Cadenas.

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52489704

4. ¿Cuál es su número de celular? 3125524918

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Mapymc96@gmail.Com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 83A N°75-50

7. ¿Cuál es su edad? * 46.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Ian Garcia Mantilla.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141126998.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 11.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ⊗ Otro ¿Cuál? Cognitiva leve.

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3144286654.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Nelsongf16@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cr 83A N° 75 - 50

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo María del Pilar Natallana C. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52489704 de Bogota y domiciliado en el barrio tabora, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador__
Nombre:
C.C: 52489704
Teléfono: 3125524918
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cr 83A N° 75-50 casa 174.
Ian Garcia Natallana.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141126498.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.141.126.998**
GARCIA MATALLANA

APELLIDOS
IAN

NOMBRES
Ian Garcia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUN-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

12-FEB-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01173588-M-1141126998-20201026 **0072**205555G 5 8500320391

1514

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141126998

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52668462

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 1 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: GARCIA

Segundo Apellido: MATALLANA

Nombre(s): IAN

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes JUN Día 10

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: (+)

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 11397025-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MATALLANA CARDENAS MARIA DEL PILAR

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 52.489.704 BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA FUENTES NELSON RUBIEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.512.590 BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA FUENTES NELSON RUBIEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.512.590 BOGOTA D.C.

Firma: X

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 Mes Día

Nombre y firma del funcionario que autoriza

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1141126998
NOMBRES Y APELLIDOS	Garcia Matallana,Ian
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	05/01/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Garcia Fuentes,Nelson Rubiel, a los 23 días del mes de febrero del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1516



enel Bogotá

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

2543678-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 729291684-9

18400

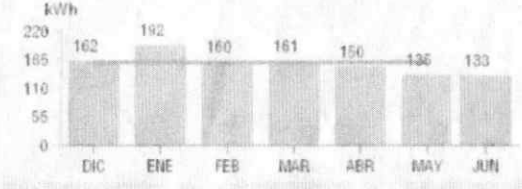
18400

(13768)

CLIENTE

FIDUCIARIA DAVIVIENDA SA
KR 83 A NO 75 - 50 CA 174
QUINTAS DE LA 80
BOGOTÁ, D.C.
LA SOLEDAD NORTE

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 4.7 kWh

VALOR DIARIO: $3.214

PERIODO FACTURADO: 23 MAY 2023 A 20 JUN 2023

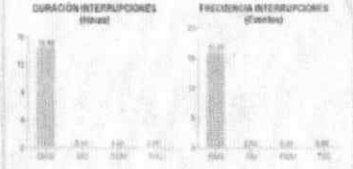
DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 133 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	1
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 19 506 0040
RUTA LECTURA:	3000 5 19 513 0197
MANZANA DE LECTURA:	MS00561548
MEDIDOR NO:	20138077
MEDIDOR NO:	20138077

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

Carga la lavadora siempre a su máxima capacidad en cada lavada.

¿Cómo pagar la factura?

COMPONENTES TARIFARIOS | **Componentes del costo:** G 266.64 T: 48.53 D: 253.46 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00 / **Vigencia: MAY/2023** $730.62 **Costo kWh Mes** | **Tarifa aplicada Opción Tarifaria** 792.95 **Costo kWh Mes**

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 23 JUN2023

31.769 Page 1 of 2

1517

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	27-07-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rubiela Saavedra Alfonso

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadania ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1100812171

4. ¿Cuál es su número de celular? 3186282505

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Rubi.saa@Hotmail.Com

6. ¿Cuál es su dirección? * C1173 N°76-78

7. ¿Cuál es su edad? * 37

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Isabella Valencia.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ⊗ Registro civil ○ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1027153318.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 6.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3186782505.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Rubi.saa@Hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ⊗ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? C1173 N°76-78

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

1519

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Ruby Saavedra Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1100812171 de Onzaga / Santander y domiciliado en el barrio Tobera, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogota a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Ruby Saavedra
C.C: 1100812171
Teléfono: 3186282505
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3212504253.
Dirección: Calle 73 # 76-78
Isabella Valencia
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación R.C. 1027153318

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

1520

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027153318

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51039975

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [1 0] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 10 10 -

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

COLOMBIA -CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA	SAAVEDRA

Nombre(s): ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes AGO 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	13603045 -9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SAAVEDRA ALFONSO RUBIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#.1.100.812.171 DE ONZAGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VALENCIA GARZON JULIAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#.1.026.270.260 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VALENCIA GARZON JULIAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#.1.026.270.260 DE BOGOTA D.C.	X

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 AGO Día 23	OSCAR ANTONIO HERNANDEZ GOMEZ Nombre y firma

Óscar Antonio Hernández Gómez
NOTARIO 26

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

51039975

1521

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1027153318
NOMBRES Y APELLIDOS	Valencia Saavedra,Isabella
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/02/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

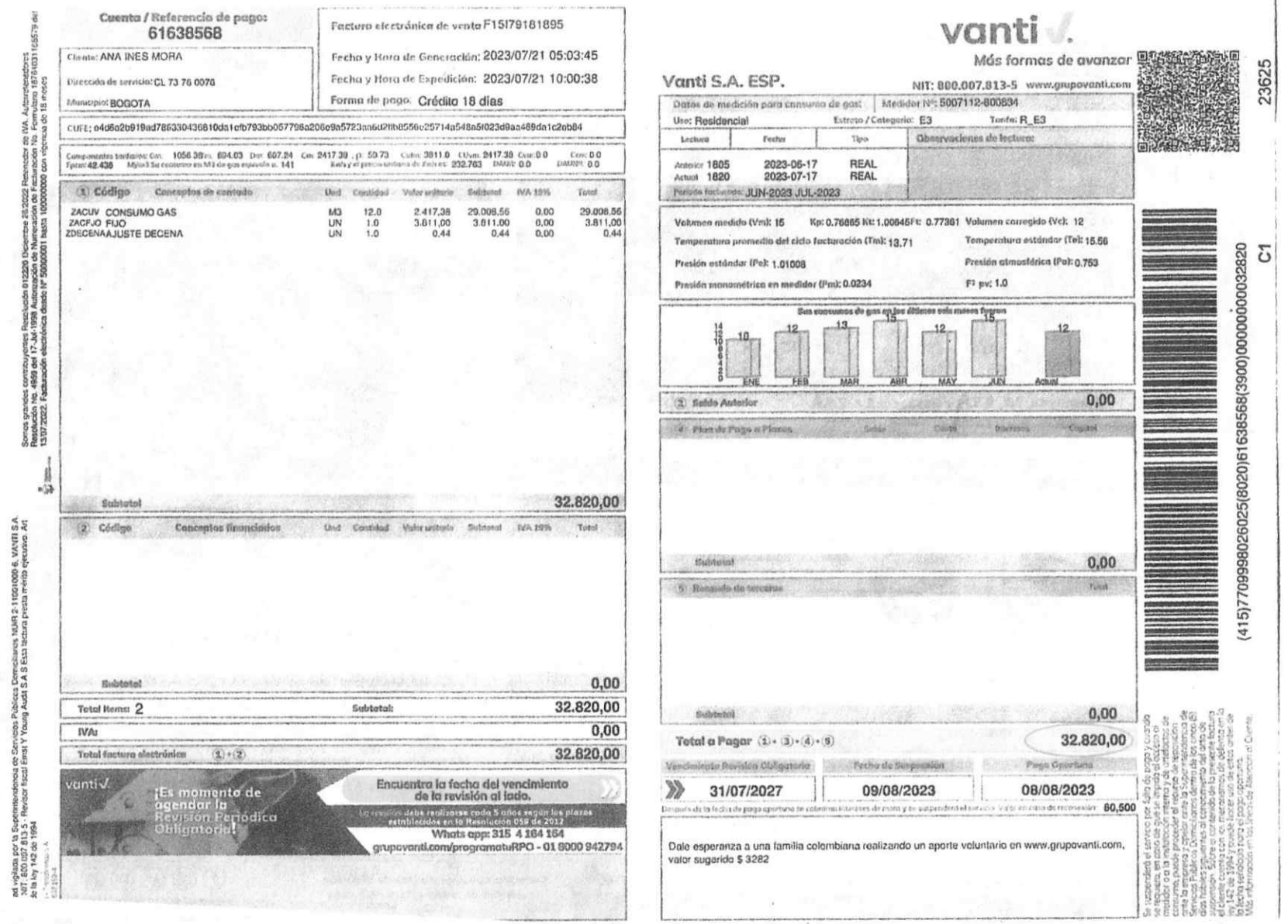
La presente se expide a nombre de Saavedra Alfonso,Rubiela , a los 26 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1522



Cuenta / Referencia de pago:
61638568

Factura electrónica de venta F15I79181895

Cliente: ANA INES MORA

Dirección de servicio: CL 73 76 0076

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/21 05:03:45

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/21 10:00:38

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: a4d6a2b919ad786330436810da1cfb793bb057798a206e9a5723aa6d2ffb8556c25714a548a5f023d9aa489da1c2eb84

Componentes tarifarios: Cm: 1056.38 Pm: 604.03 Dm: 607.84 Cm: 2417.38 Cp: 59.73 Cuvm: 3811.0 CUvm: 2417.38 Cuvc: 0.0 Cmc: 0.0
Fpcm: 42.436 Mpcm: Su consumo en M3 de gas equivale a: 141 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 232.763 DMAM: 0.0 DMAMP: 0.0

① Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	12.0	2.417,38	29.008,56	0,00	29.008,56
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENAA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,44	0,44	0,00	0,44

Subtotal 32.820,00

② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items 2 Subtotal: 32.820,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica ①+② 32.820,00

vanti
¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!
Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.
La revisión debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012
Whats app: 315 4 164 164
grupovanti.com/programatuRPO - 01 8000 942794

Somos grandes contribuyentes Resolución 012220 Diciembre 28/2022 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4969 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764031166579 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 500000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

Autorizada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2-11001000-6. VANTI S.A. NIT: 800.037.813-5 - Revisor fiscal Ernst Y Young Audit S.A.S ESIS factura presta mérito ejecutivo Art. 2 de la ley 142 de 1994

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 www.grupovanti.com

23625

Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5007112-800834
Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 1805	2023-06-17	REAL	
Actual 1820	2023-07-17	REAL	

Período facturado: JUN-2023 JUL-2023

Volumen medido (Vm): 15 Kp: 0.76865 Kt: 1.00845 Fc: 0.77361 Volumen corregido (Vc): 12
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.71 Temperatura estándar (Tst): 15.56
Presión estándar (Pst): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.0234 F pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron

② Saldo Anterior	0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Interés	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ①+③+④+⑤ 32.820,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/07/2027	09/08/2023	08/08/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60.500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3282

(415)7709998026025(8020)61638568(3900)0000000032820

C1

Suscribiendo el servicio por Ley de pago y consumo mínimo o no hacer uso del mismo, el usuario se obliga a pagar el cargo fijo y el consumo mínimo mensual, aunque no haga uso del servicio, salvo que informe a la empresa y pruebe ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del cobro, la imposibilidad de hacer uso del servicio por causa imputable a la empresa. Sobre el contenido de la presente factura rige lo establecido en el artículo 154 de la ley 142 de 1994. Puede hacer uso de este, dentro de la fecha señalada para el pago oportuno.
Más información en los Puntos de Atención al Cliente.

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

Regístrate en nuestra nueva Oficina Virtual y aprovecha sus beneficios sin necesidad de desplazarte a los puntos de atención presencial. www.grupovanti.com/oficinavirtual

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:

- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura.

Comunícate con nosotros:

- Emergencias: **164**
- Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancaoía · Itaú* · Banco Caja Social* · Bancolombia* · GNB* · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davipuntos · Rappi pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Daviviendo
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Cuenta o Referencia de pago: **61638568**

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: ANA INES MORA
Direccion: CL 73 76 0076
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN
Ruta: 0011410160980005000
Sector: TABORA
Código Sector 225
Medidor No.:5007112-800834

23625

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE:
$ 3.828.000

C1



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

1523

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	27 de Julio del 2023 11:42 am

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Alejandra Cardenas Tarrado

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1.014.221.012

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103466629

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * alejandra13_912@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 70 B # 105 F 87

7. ¿Cuál es su edad? * 32

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Samuel Alejandro Santos Cardenas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ⊗ Registro civil ○ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141135810

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 6

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3103466629

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * alejandra13_912@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

1524

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ⊗ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 70 B # 105 F-87

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ✓ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ✓ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ✓ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ✓ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ✓ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

⊗ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

10

¡Gracias por su tiempo!

1525

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo María Alejandra Cardenas Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014221012 de Bogotá y domiciliado en el barrio Ángeles, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza. Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Alejandra Cardenas
C.C: 1.014.221.012
Teléfono: 3103466629
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3506425995
Dirección: Cll 70 B #105F-87

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: SamuelAlejandraSantos
Número de identificación 1141135810

1526

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55980830

55980830

NUIP: 1141135810

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	67	☐	☐	☐	DTY

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

** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTOS**********	CARDENAS**********

Nombre(s)

SAMUEL ALEJANDRO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ABR Día 07	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 DE NACIDO VIVO**********	14047692-2*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARDENAS TORRADO MARIA ALEJANDRA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1014221012 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANTOS GUERRA JOHN EDWARD**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1014221805 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTOS GUERRA JOHN EDWARD**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1014221805 DE BOGOTA**********	

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 ABR Día 12	JAIME ALEJANDRO CASTRO TORRES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

1527

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.221.012

CARDENAS TORRADO
APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-ABR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00157879-F-1014221012-20090529 0011910231A 1 29041315

Alejandra Cardenas



Cuenta o
Referencia de pago: **61177965**

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

1528

21349

Cliente: ANA BELEN REINA
Direccion: CL 70B 105F 0087 01
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Lote: P03GN
Sector: LOS ANGELES
Ruta: 00116700430100051OO
Código Sector 142
Medidor No.:5067199-173802

vanti LISTO

CUPO DISPONIBLE:
$ 3.828.000

C1



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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**

1529

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	27 de Julio del 2023 11:43 am

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Luisa Fernanda Cardenas Torrado

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1014251507

4. ¿Cuál es su número de celular? 3134071352

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * luisa.9282@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 69 D # 105 F - 89

7. ¿Cuál es su edad? * 29

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Maria Fernanda Espinel Cardenas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ◉ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1150188070

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ◉ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ◉ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ◉ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
◉ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◉ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◉ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◉ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3134071352

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * luisa.9282@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 69 D # 105 F 89

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ✓ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

✓ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ✓ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ✓ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ✓ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ✓ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ✓ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

1531

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Luisa Fernanda Cardenas Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014251507 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villa del mer, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional x del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Luisa Fernanda Cardenas Tomado
C.C: 1014251507
Teléfono: 3134091352
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3134091352
Dirección: Calle 69 D # 105 F 89

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Maria Fernanda Espinel Cardenas
Número de identificación 1150188070

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.150.188.070**
ESPINEL CARDENAS

APELLIDOS
MARIA FERNANDA

NOMBRES

Maria Fernanda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-SEP-2033 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

27-DIC-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01338783-F-1150188070-20230116 **0094974030A 1** 8506731491

1533

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.251.507



Apellidos
CARDENAS TORRADO

Nombres
LUISA FERNANDA



Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

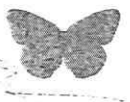
Fecha de nacimiento	G.S.
09 FEB 1994	O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 FEB 2012, BOGOTA D.C.

Firma
Luisa Cardenas.

Fecha de expiración
13 MAYO 2033

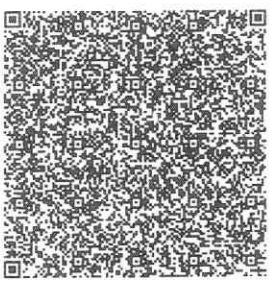


.CO

021146701



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL021146701215001<<<<<<<<<<
9402098F3305131COL1014251507<3
CARDENAS<TORRADO<<LUISA<FERNAN

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

CARLOS A CARDENAS Q
CL 69D 105F 89

1534

ENGATIVA
VILLA DEL MAR

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** J2 **RUTA:** J22388C

Datos del medidor

MARCA: WATERTECH NÚMERO: 11-1278291 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **11191149**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14369124814**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$164.629

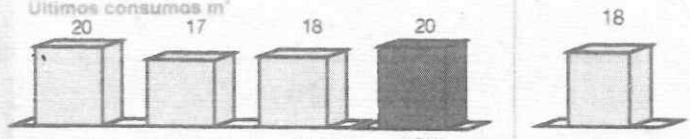
Fecha de pago oportuno **JUN/20/2023**

Fecha de suspensión **JUN/23/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	1763	CONSUMO (m³)	20
LECTURA ANTERIOR	1743		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Ultimos consumos m³



Periodo facturado
MAR/17/2023 - MAY/15/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/12/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.675,06	$16.675	$8.670-	$10.005,04	$10.005
Consumo residencial básico	20	$3.254,32	$65.086	$26.034-	$1.952,59	$39.052
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			**$81.761**	**$32.704-**		**$49.057**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$3.170-	$4.755,62	$4.756
Consumo residencial básico	20	$3.348,33	$66.967	$26.787-	$2.009,00	$40.180
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			**$74.893**	**$29.957-**		**$44.936**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3-	
Ben. Min. Vital Total				$23.431-	
Subtotal Otros Cobros (3)				**$23.434-**	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	**$0**

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual **$23.431-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4) **$70.559**

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$46.997**

CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$1.567**

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1100100-10 EAB-ESP

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



¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Cedula 1535

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	27 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Leidy Milena Torres Avila

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
⊗ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia
○ Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1106393308

4. ¿Cuál es su número de celular? 3187407103

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * jportelam1@6mail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 69 #117-15

7. ¿Cuál es su edad? * 36

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ○ No ⊗ Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

⊗ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
⊗ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ⊗ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Menor de edad
○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES
○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Maria Jose portela Torres

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1032496739

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7 años

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3187407103

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * jportelam166mail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ⊕ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
⊗ ~~Labores del hogar~~ ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? cll 69 # 117-15

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

⊗ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ⊗ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
⊗ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

Falta cedula acudiente

1537

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo leidy milena torres Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1166393308 de Tolima y domiciliado en el barrio la cabaña, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ natacion Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: leidy Torres
C.C: 1166393308
Teléfono: 3187407103
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 69 #117 -15

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Maria Jose Portela
Número de identificación 1032496739

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.032.496.739
PORTELA TORRES

APELLIDOS
MARIA JOSE

NOMBRES

maria jose Portela

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-2016
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-MAR-2034 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

10-ABR-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01352710-F-1032496739-20230426 0106004181A 1 8507843488

1539

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1032496739
NOMBRES Y APELLIDOS	Portela Torres,Maria Jose
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/03/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Portela Mendoza,Juan Camilo, a los 24 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

22793

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

MARIA CONSUELO MURCIA
CL 69 117 15 PI 3

1540

ENGATIVA
CENTRO ENGATIVA II

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22104

Datos del medidor

MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13736683 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 12523692

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 42572629816

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$86.855

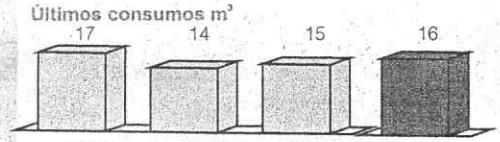
Fecha de pago oportuno JUL/28/2023

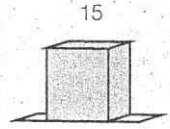
Fecha de suspensión AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	352	CONSUMO (m³)	16
LECTURA ANTERIOR:	336		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
ABR/27/2023 - JUN/24/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/13/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/20/2023
PANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.914,50	$16.915	$6.766-	$10.148,70	$10.149
Consumo residencial básico	16	$3.300,65	$52.810	$21.124-	$1.980,39	$31.686
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$69.725	$27.890-		$41.835
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.039,83	$8.040	$3.216-	$4.823,90	$4.824
Consumo residencial básico	16	$3.395,17	$54.323	$21.729-	$2.037,10	$32.594
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$62.363	$24.945-		$37.418

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3-	
Ben. Min. Vital Total				$23.765-	
Subtotal Otros Cobros ③				$23.766-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual: $23.765-

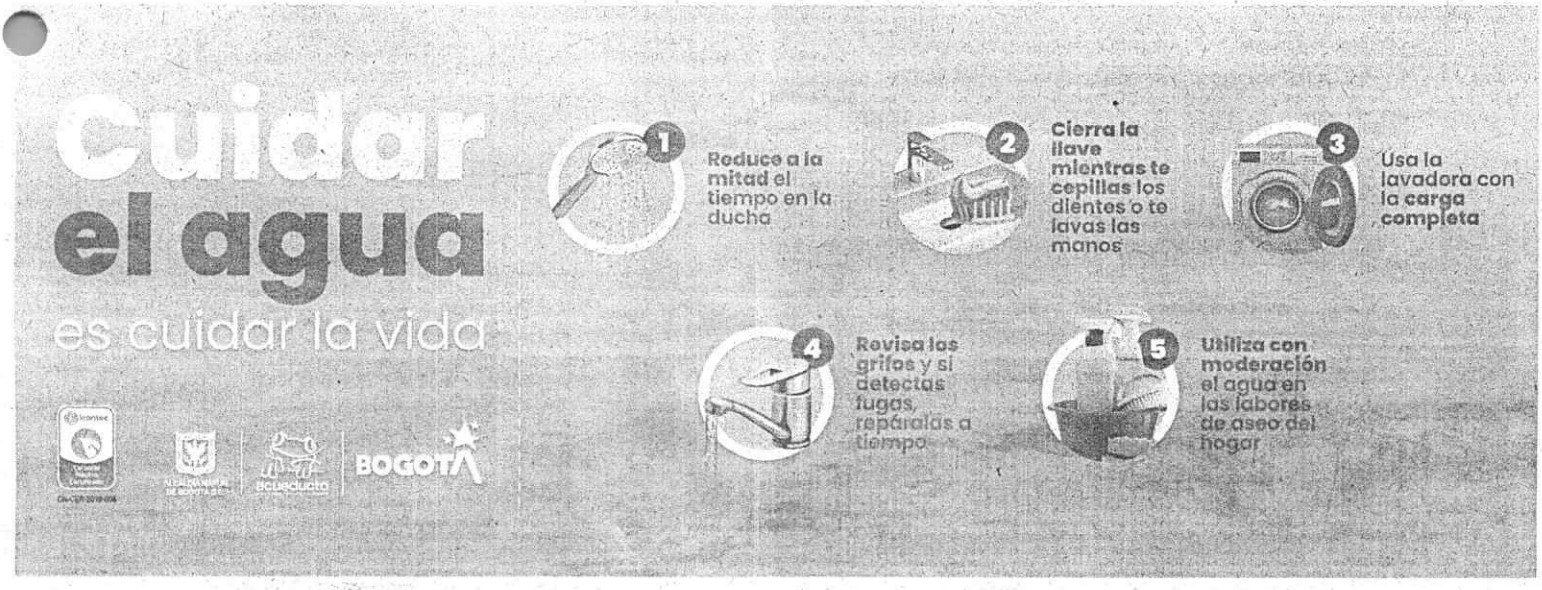
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $55.485

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $39.627

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.343

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

FACTURA COLECTORES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 900.068.512-8



1541

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	27 de Julio 9:35 am

1, ¿Cuál es su nombre completo? * CARLOS ARTURO SIMBAQUEVA PEREZ

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
(X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia
( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 79.263.163

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144895832

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * carsimba@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * CALLE 70A BIS Nº 105 F 37

7. ¿Cuál es su edad? * 61

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (X) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?
( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
( ) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
(X) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad
( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES
( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1542

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ⊗ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

⊗ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ⊗ Otro ¿Cuál? PENSIONADO

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

1543

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo CARLOS ARTURO SIMBAQUEVA P mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79263163 de BOGOTA y domiciliado en el barrio PRADERA, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA NATACION. del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en BOGOTA a los 28 días del mes de JULIO de 2023.

Firma:
Nombre: CARLOS A. SIMBAQUEVA
C.C: 79263163.
Teléfono: 3144895832
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3219836663.
Dirección: CALLE 70A BIS Nº 105 F 37

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS


79.263.163
CARLOS ARTURO


19-ABR-1962
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
1.71
O+
M
20-ABR-1981 BOGOTA D.C.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79263163
NOMBRES	CARLOS ARTURO
APELLIDOS	SIMBAQUEVA PEREZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/28/2023 09:40:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario
CARLOS A SIMBAQUEBA
CL 70A BIS 105F 37

ENGATIVA
VILLA AMALIA

1546

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: J2 RUTA: J22388

Datos del medidor
MARCA: LAOS NÚMERO: 00L133315578 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 10832532

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 11629127413

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): $65.940

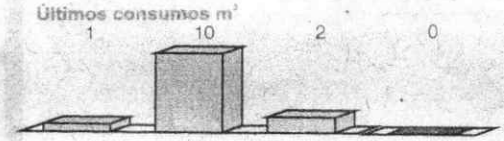
Fecha de pago oportuno: JUN/20/2023

Fecha de suspensión: JUN/23/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	4812	CONSUMO (m³)	0
LECTURA ANTERIOR:	4812		
FACTURADO CON:	Sin Consumo	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³: 1, 10, 2, 0



4
Promedio m³

Periodo facturado
MAR/17/2023 - MAY/15/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/12/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.675,06	$16.675	$2.501-	$14.173,80	$14.174
Consumo residencial básico						
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$16.675	$2.501-		$14.174
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$1.189-	$6.737,12	$6.737
Consumo residencial básico						
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$7.926	$1.189-		$6.737

Otros Cobros	No. Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$1-	
Subtotal Otros Cobros (3)			$1-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual: $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4): $20.910

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $10.456

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $349

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



C 1547

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	27/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Magda Mabel Bonilla Rodriguez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52352863

4. ¿Cuál es su número de celular? 3165293156

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * magdambo13@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 111a # 76-61

7. ¿Cuál es su edad? * 44

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Juan Nicolas Rincon Bonilla

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1027151233

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 17

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?* ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?* ⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

○ Primaria ⊗ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?* ⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3188130739

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * magdamb013@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 111a # 76-61

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ☒ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ☒ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

☒ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

☒ Facebook ☒ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ☒ Instagram ○ Youtube ○ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ☒ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

☒ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

☒ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XL

¡Gracias por su tiempo!

1549

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Magda Mabel Bonilla Rodri. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52352863 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio villas 6ra. (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá Dc a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Magda Mabel Bonilla Rodriguez
C.C: 52-352863 Bta
Teléfono: 3165293156
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3165293156
Dirección: Cra 111A # 76-61 villas de Granada.
Juan Nicolas Rincon Bonilla
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación TI. 1027151233 Bta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.027.151.233**

RINCON BONILLA

APELLIDOS

JUAN NICOLAS

NOMBRES

Juan Nicolas Rincon

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-2005**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-AGO-2023 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-DIC-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01119719-M-1027151233-20191213 **00693**15588A 1 8500098319

Juan Nicolas Rincon Bonilla
TI 1027151233 Bta

1551

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.352.863**

BONILLA RODRIGUEZ

APELLIDOS

MAGDA MABEL

NOMBRES

97-37366

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-1979**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

20-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00094081-F-0052352863-20081012 **0004**286337A 1 1250019969

JO

1552

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN NICOLAS RINCON BONILLA identificado(a) con TI 1027151233 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/06/2006
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO CIUDADELA COLSUBSIDIO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 26 días del mes julio del 2023.

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.

Eficiencia Energética

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

Oficina Virtual

Regístrate en nuestra Oficina Virtual y aprovecha sus beneficios sin necesidad de desplazarse a los puntos de atención presencial. www.grupovanti.com/oficinavirtual



Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Pago a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE — Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco Pichincha · Daviplata

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Cuenta o Referencia de pago: 60960013

1553

Más formas de a
Vanti S.A.

Cliente: MAGDA MABEL BONILLA
Direccion: KR 111A 76 0061 00301
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Ruta: 0011670164900005000
Sector: GARCES NAVAS
Código Sector 362
Lote: P08GN
Medidor No.: 5077198-151086

vanti



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campañ ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de Julio d 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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

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 vie 7 a.m. a 6 p
Sábado 7 a.m. a 1 p

Línea de Atención de Emergencias 01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo **164**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grup

Cuenta / Referencia de pago: 60960013

Factura electrónica de venta F15I78545595

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/14 08:36:42
Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/15 04:49:07
Forma de pago: Crédito 17 días

Cliente: MAGDA MABEL BONILLA
Dirección de servicio: KR 111A 76 0061 00301
Municipio: BOGOTA

CUFE: 4b3991120b19a53e3d5273164d4a10a5de134e8856d27f3dc113835e196c0d5da3bab27e03cc66c07023b0bf3ff09c7

Consumo kWh: 1058 Días: 63403 p: 59.73 Cufm: 3811.0 CUvm: 2417.36 Cmec: 0.0 Cmc: 0.0
Tarifa: 42.418 Mpio Suscriptor en 331 de consumo: 153 Kwh y el precio en tarifa de Kwh es: 230.307 DAUR: 0.0 DAUR: 0.0

1. Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
[illegible]	CARGO CONSUMO GAS	M3	13.0	2.417,36	31.425,94	0,00	31.425,94
[illegible]	CARGO FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
[illegible]	DECENA AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,06	0,06	0,00	0,06
[illegible]	ASISTENCIA GAS Y HOGAR ANTIGUO	UN	1.0	9.831,93	9.831,93	1.868,07	11.700,00

Pago igual
04 Pago
20-07-23.
COS: 5766215.
MS206938

Subtotal 46.937,00

2. Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 www.grupovanti.com

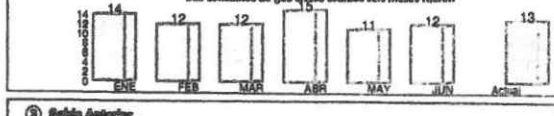
Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5077198-151086
Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 5716	2023-06-09	REAL	
Actual 5733	2023-07-12	REAL	

Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023

Volumen medido (Vm): 17 Kp: 0.76826 Kt: 1.00617 Pb: 0.773 Volumen corregido (Vc): 13
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.79 Temperatura estándar (Te): 15.56
Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 Fpv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior	0,00

④ Plan de Pago o Pliego	Saldo	Cuota	Interese	Capital

Subtotal 0,00

1554

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	27-07-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Marcela Santos Tellez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (⊗) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 53054445

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208389331.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Dianasantos_tellez@Hotmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * C1166A Nº78-55

7. ¿Cuál es su edad? * 38.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
(⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Samantha Quitian Santos

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141132454

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 8

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3208384331

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Damasantos-tellez@Hotmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cl 66 A Nº 78 - 55.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Diana Marcela Santos Tellez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 53.054.445 de Bogotá y domiciliado en el barrio San Marcos, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación. Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Diana Santos
C.C: 53.054.445 Btá
Teléfono: 3208384331
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3208384331/ 3209573942.
Dirección: Calle 66A # 78-55

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Samantha Quitian Santos.
Número de identificación 1.141.132.454 Btá

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

1557

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.132.454**

QUITIAN SANTOS

APELLIDOS

SAMANTHA

NOMBRES

Samantha Quitian

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

18-MAR-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-ABR-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01289365-F-1141132454-20220406 **0078**63175A 1 8504470003

CEDULA DE CIUDADANIA
NUIP 53054445

SANTOS TELLEZ
APELLIDOS

DIANA MARCELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-ENE-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



INDICE DERECHO

1559

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) YULIAN ARBEY QUITIAN AMAYA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80188673, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa VERTEX DISENO EXPERIMENTAL S A S NIT 900327432, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220902	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
KAREN DAYANA HERRERA SANTOS	HI	1011097002	TI	20220610	No Registrada	Activo
SAMANTHA QUITIAN SANTOS	HI	1141132454	TI	20220610	No Registrada	Activo
DIANA MARCELA SANTOS TELLEZ	CP	53054445	CC	20220610	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Julio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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 Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

1560

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/oficina-virtual

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:

- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura

Comunícate con nosotros:

Emergencias: **164**

Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

» Paga a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

pse — **Botón PSE**

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancamía · Itaú* · Banco Caja Social · * · Bancolombia* · Banco GNB · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank* · Colpatria · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davivienda · Rappi pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

» **Puntos Presenciales**

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Cuenta o Referencia de pago: **60929823**

vanti — Más formas de avanzar — Vanti S.A. ESP.

Cliente: DIANA MARCELA SANTOS — Ruta: 0011380160070005000
Direccion: CL 66A 78 0055 00004
Municipio: BOGOTA — Sector: VILLA LUZ — Código Sector 220
Codigo Postal: 000000 — Lote: P05GN — Medidor No.:5087196-191490

vanti Listo — **CUPO DISPONIBLE: $ 3.828.000**



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	27-07-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * laura tatiana leon rojas.

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? 1.023.951.037.

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1.023.951.037

4. ¿Cuál es su número de celular? 3202208529.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Anne samanthaguatwaleon@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll78 N°77 B23.

7. ¿Cuál es su edad? * 27.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* laura tatiana leon rojas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ⊗ Registro civil ○ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1029153811.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 6.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3228205797.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * laura.leon-R@anminuto.edu.co

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 78 #77 B23

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Laura tatiana Leon Rojas Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1023951037 de Bogota y domiciliado en el barrio Granja, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Julio a los 27 días del mes de Bogota de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: laura tatiana Leon Rojas
C.C: 1023951037
Teléfono: 3202208524
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3014057763
Dirección: cll 78 # 77 B 23

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Annie Samantha Guativa Leon
Número de identificación 1029153811

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

1564

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.029.153.811

Indicativo Serial 152661345

- 152661345 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Especial X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A D Q

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

REGISTRADURIA DE ANT NARIÑO-H SAN JOSE - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - B

Datos del inscrito

Primer Apellido: GUATIVA

Segundo Apellido: LEON

Nombre(s): ANNIE SAMANTHA

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes OCT Día 29

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 137002217

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LEON ROJAS LAURA TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.023.951.037

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUATIVA MAHECHA DAVID STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.023.916.316

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUATIVA MAHECHA DAVID STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.023.916.316

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 2016 Mes NOV Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JENNY MARCELA NOVOA GOMEZ - REG

Reconocimiento Paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01.NOV.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 69 FOLIO 206

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. ART 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE, ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995, EL PRESENTE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO EXPEDIDO EN BOGOTA, D.C. 31 AGO 2022

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

JORGE ANTONIO FLOREZ ENCISO
REGISTRADOR AUXILIAR (EF) DE ANTONIO NARIÑO

Adhesivo Copia Registro Civil
32307204-4

Powered by CamScanner

1565

1/2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.951.037**

LEON ROJAS

APELLIDOS

LAURA TATIANA

NOMBRES

Laura León

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-MAR-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00583506-F-1023951037-20140605 **0038**952117A 1 40690057

1566

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) DAVID STIVEN GUATIVA MAHECHA identificado con CC 1023916316 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	01/05/2023
IPS Cotizante:	BIENESTAR SEDE CENTENARIO
Categoría:	A
Estado:	ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ANNIE SAMANTHA GUATIVA LEON	RC 1029153811	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS PRIMAVERA	BENEFICIARIO	01/05/2023	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de julio del año 2023.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Doblar y rasgar

1567

Eficiencia energética
Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir los emisores 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**

Con **tu cupo**
vanti ✓ LISTO
Compra tu estufa, calentador y otros gasodomésticos.



Escanea el código QR y compra tu gasodoméstico

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P. Consulta términos y condiciones de financiación en vantilisto.com.
Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en tienda.grupovanti.com

Entidades Recaudadoras

Medios de pago

pse · vanti. Más formas de avanzar

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

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos

Redeban · Bancolombia · Itaú · Banco Caja Social · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Colmatería · Banco Pichincha

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, Olimpica Efecty

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

CANALES DE ATENCIÓN 24 HORAS

Call Center
601 317 5670 OPCIÓN. 1
www.coorserpark.com

Línea gratuita desde fijo
01 8000 115233 OPCIÓN. 1
www.capillasdelafe.com

Línea gratuita desde celular
#523 OPCIÓN. 1

vanti

Las Previsiones Exequiales son ofrecidas y comercializadas por Coorserpark S.A.S. Vanti S.A.ESP y sus filiales solo actúan como entidad recaudadora a través de la factura de servicio público de gas natural domiciliario.

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

Cuenta o Referencia de pago: 62585491

vanti
Más formas
Vanti S.

Cliente: JESUS EDUARDO MARIN
Direccion: CL 78 77B 0023 02 00001
Municipio: BOGOTA Sector: TABORA
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN

Ruta: 0011410182480005100
Código Sector 225
Medidor No.:5007116-3232387

vanti

Cupo exclusivo para la financiación de tu moto hasta de $8'000.
Consúltalo en tiendas aliadas.

Con **tu cupo**
vanti ✓ LISTO



Ahora **SÍ** Puedes comprar eso que tanto quieres y pagarlo a cuotas a través de la factura de gas. **Sin**

Úsalo en nuestros aliados:

Tecnimotos · Multiintegral · Sistecrédito · UMA · KTRONIX · Alkosto

*Aplica únicamente para las categorías de producto señaladas en la política de financiación. Vanti L es un producto de las empresas de Grupo Vanti. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

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

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 v 7 a.m. a 6 p
Sábado 7 a.m. a 1 p

Línea de Atención de Emergencias **01 8000 919 052**

24 horas Móvil y fijo **164**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

La Fe · Coorserpark · En convenio de recaudo con vanti.

TU FAMILIA, TU TESORO
Brindales PREVISIÓN EXEQUIAL



Doblar y rasgar

1568

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023.	Natación	27-07-2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Olga Mauxa Sanchez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52079787

4. ¿Cuál es su número de celular? 3207438735.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Mauka915@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * C 70 C N°77 B03.

7. ¿Cuál es su edad? * 54.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Aretha Miah Colmenares

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1034403113.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 11.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

⊗ Si ¿Cuál es el número de registro? 2709131. ○ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 316344 8200.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * MaiasEG1838@gmail.Com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

1569

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 70C N°77 B03.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

1570

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Olga Marixa Sanchez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52079787 de Bogota y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogota a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Olga Sanchez
C.C: 52079787
Teléfono: 3207438735
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3015230933.
Dirección: Cr 70 C N° 77 B 03.

_____
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Aisha Mah Cdmenares.
Número de identificación 1039403113



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.034.403.113
MIAH COLMENARES

APELLIDOS
AISHA

NOMBRES

Aisha

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-MAR-2030 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

10-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083492-F-1034403113-20190712 0066342429A 1 1365516567

1572

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1034403113
NOMBRES Y APELLIDOS	Miah Colmenares,Aisha
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	26/07/2012
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Colmenares Sanchez,Yenifer Yohana, a los 27 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1573

9462

FACTURA POR **2 MESES**

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanee y pague su factura

Datos del usuario

JUAN ANTONIO SEGURA GUTIERREZ
KR 70C 67B 03

ENGATIVA
EL LAUREL

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	2	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22737

Datos del medidor

MARCA: ELSTER NÚMERO: A16FA323436 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10044941**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **43923247910**

TOTAL A PAGAR **$241.150**
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

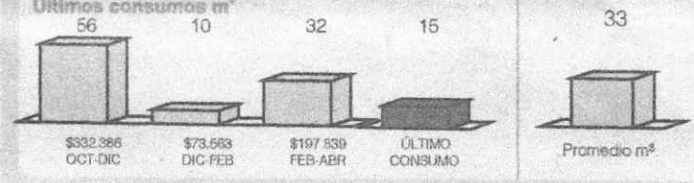
Fecha de pago oportuno **JUL/11/2023**

Fecha de suspensión **JUL/14/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3108	CONSUMO (m³)	15
LECTURA ANTERIOR:	3093		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ABR/12/2023 - JUN/09/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.764,85	$16.765	$2.515-	$14.250,12	$14.250
Consumo residencial básico	15	$3.271,69	$49.075	$7.361-	$2.780,94	$41.714
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			**$65.840**	**$9.876-**		**$55.964**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.968,70	$7.969	$1.196-	$6.773,40	$6.773
Consumo residencial básico	15	$3.365,90	$50.489	$7.573-	$2.861,01	$42.916
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			**$58.458**	**$8.769-**		**$49.689**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3-	
Intereses de mora				$200	
Subtotal Otros Cobros ③				**$197**	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	**$0**

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ **$105.850**

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$52.827**

CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) **$1.791**

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 860.05612-8 29.06.2023
RESOLUCIONES DE USUARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1100100-19 EAB-ESP

1574

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	27-07-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rubiela Saavedra Alfonso

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1100812171

4. ¿Cuál es su número de celular? 3186282505

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Rubi.Saa@Hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 73 N°76-78

7. ¿Cuál es su edad? * 37

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Simon Valencia Saavedra

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1027 153 167

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 8.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?* ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?* ⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?* ⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3186282505.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Rubi.saa@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 73 N° 76 - 78.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

1576

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Ruby Saavedra Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1100812171 de Onzaga / Santander y domiciliado en el barrio Tabora, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogota a los 27 días del mes de julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Ruby Saavedra
C.C: 1100812171
Teléfono: 3186282505.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3212504253
Dirección: Calle 73H 76-78
Simon Valencio Saavedra
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1027153167.

1597

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.027.153.167
VALENCIA SAAVEDRA
APELLIDOS
SIMON
NOMBRES



Simon
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-DIC-2032 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
25-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01279523-M-1027153167-20220208 0078132425A 1 8503947218

1578

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.100.812.171**

SAAVEDRA ALFONSO

APELLIDOS

RUBIELA

NOMBRES

Rubiela SaaVedra.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1985**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-ENE-2005 ONZAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00268952-F-1100812171-20101203 **0025**100952A 1 1141101416

1579

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

CERTIFICADO MÉDICO No. 6734698

Centro Medico Calle 13 Local 17 EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Av Calle 13 n° 65-21 Local 17 C.Comercial Zona In.Teléfono: 3759000
Nombre: SIMON VALENCIA SAAVEDRA
Identificación: TI 1027153167 - Sexo: Masculino - Edad: 8 Años

BOGOTA D.C.
25/07/2023, 17:39:05
Contrato E.P.S Sanitas: 10-4148697-1-4

CERTIFICADO MÉDICO

No asiste a programa de crecimiento y desarrollo

Certifico que el paciente cuenta con un esquema de vacunación____al dia_____ Para la edad, de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Por lo anterior se considera que el paciente en mención, puede convivir en comunidad y realizar las actividades académicas y físicas para su edad. Del mismo modo se certifica que asistió a la consulta de Crecimiento y Desarrollo, donde recibió información sobre micronutrientes.

MÉDICO

Dra. A. Milena López F.
Méd. Pediatra
T.P 33376481

EPS Sanitas
CENTRO CALLE 13 LOCAL 17
251 4406
CRA 21 LOCAL 17

Ana Milena Lopez Fernandez - Pediatria
CC 33376481 - RM. 33376481

Original

- Impreso: 25/07/2023, 17:39:23

Impresión realizada por: anamillopez

1580

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1027153167
NOMBRES Y APELLIDOS	Valencia Saavedra,Simon
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/02/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Saavedra Alfonso,Rubiela , a los 26 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1581

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**

¡Ten presente!
Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:
- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura.

Comunícate con nosotros:
- Emergencias: **164**
- Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

» Paga a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

pse — **Botón PSE**

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

» Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancamía · Itaú* · Banco Caja Social* · Bancolombia* · Banco GNB Sudameris · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Daviplata · Rappipay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

» Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Daviviendo
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Cuenta o Referencia de pago: **61638568**

vanti — Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: ANA INES MORA — Ruta: 0011410160980005000
Direccion: CL 73 76 0076
Municipio: BOGOTA — Sector: TABORA — Código Sector 225
Codigo Postal: 000000 — Lote: P13GN — Medidor No.:5007112-800834

23625

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE: **$ 3.828.000**

C1



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti

Síguenos como @grupovanti

Somos grandes contribuyentes Resolución 012220 Diciembre 26/2022 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4958 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764031105579 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

Cuenta / Referencia de pago:
61638568

Factura electrónica de venta F15I79181895

Cliente: ANA INES MORA

Dirección de servicio: CL 73 76 0076

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/21 05:03:45

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/21 10:00:38

Forma de pago: Crédito 18 dias

CUFE: e4d8a2b919ad786330436810da1efb793bb057796a206e9a5723aa6d2ffb8556e25714a548a5f023d9aa489da1c2eb84

Componentes tarifarios: Gm: 1056.38 Pm: 694.03 Dm: 607.24 Cm: 2417.38 , p: 59.73 Cutm: 3811.0 CUvm: 2417.38 Cvm: 0.0 Cm: 0.0
Fpm: 42.438 Mplm3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 141 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 232.763 DAUEE: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de cantado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	12.0	2.417,38	29.008,56	0,00	29.008,56
ZACFJC	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,44	0,44	0,00	0,44

Subtotal 32.820,00

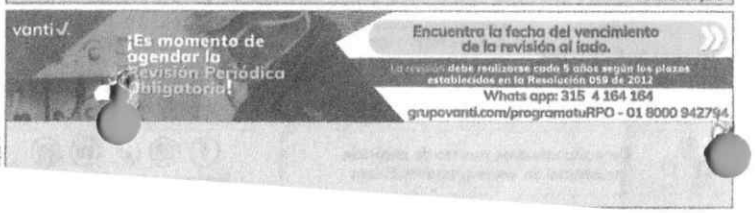
② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 32.820,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica ① + ② 32.820,00



vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. NIR 2.11001000.6. VANTI S.A. E.S.P. NIT: 800.057.813-5. Revisor fiscal Ernst Y Young Audit S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo. Art. 1a ley 142 de 1994

Transformado S.A. 2150-4

vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 www.grupovanti.com

Datos de medición para consumo de gas: Medidor N°: 5007112-800834

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 1805	2023-06-17	REAL	
Actual 1820	2023-07-17	REAL	

Período facturado: JUN-2023 JUL-2023

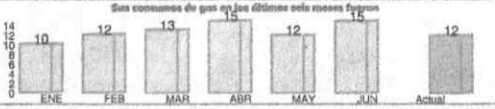
Volumen medido (Vm): 15 Kp: 0.76865 Kt: 1.00645 Fb: 0.77361 Volumen corregido (Vc): 12

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.71 Temperatura estándar (Te): 15.56

Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.0234 F pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



② Saldo Anterior 0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Interés	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ 32.820,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/07/2027	09/08/2023	08/08/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3282

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y de unidades de consumo, puede proceder el recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de suspensión. Sobre el cobro de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en los Sitios de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)61638568(3900)0000000032820

C1

23625

1582

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023.	Natación	27 - 07 - 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Lina Pada Sanchez Cely

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1.014.226.856

4. ¿Cuál es su número de celular? 3134561301.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Paosanchez.LPS@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * C11 68A.73A - 45.

7. ¿Cuál es su edad? * 31

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Hzel JHelenKa.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.222.207.580

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 9.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3134561307.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Paosanchez.LPS@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 68A 73A- 45

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

1584

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Lina Paola Sanchez Cely Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014226856 de Bogotá y domiciliado en el barrio Boyacá, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Lina Paola Sanchez Cely
C.C: 1014226856
Teléfono: 3135861301
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 68 B 73 B 45
Itzel Jhelenko Acosta Sanchez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1222207580

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

1585

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.222.207.580
ACOSTA SANCHEZ
APELLIDOS
ITZEL JHELENKA
NOMBRES

Itzel A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-JUN-2032 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
15-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01246311-F-1222207580-20210722 0075016439A 1 8502424592

1586

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.226.856
SANCHEZ CELY

APELLIDOS
LINA PAOLA

NOMBRES
Lina Paola Sánchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1991
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | B- G.S. RH | F SEXO

06-NOV-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00201688-F-1014226856 20091204 0018658333A 1 33235850

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1222207580
NOMBRES	ITZEL JHELENKA
APELLIDOS	ACOSTA SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S	CONTRIBUTIVO	18/06/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/19/2023 15:49:09 | Estación de origen: 192.168.70.225

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación



enel Bogotá

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

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y co
tu número de cli

0563705

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

9632

CLIENTE

LUIS EDUARDO SANCHE
CL 68 A NO 73 A - 45

BOGOTÁ, D.C.
BOYACÁ

¿Quie
virtua

ntáctanos

App Enel Clientes Colombia

WhatsApp 316 890 6003

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.

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 601 5 804 804

DEFENSOR DEL CLIENTE

ómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

Billeteras Virtual

Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

MOVII · Nequi · Tpaga

ponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

efácil · Reval · Bancolombia · Puntored

RED CADE · enel

Almacenes de Cadena

Carulla · Metro

restricciones sanitarias registraremos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicios. ...a 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 Tintalito.

ES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAY/2023

.53 D: 283.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00 / $730.62 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 792.95 Costo kWh Mes

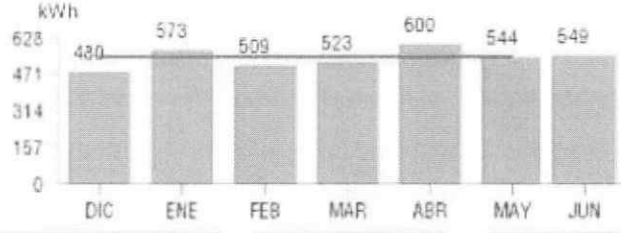
...ICA 3414 Comercialización de Energía Eléctrica Trans 11.24 por mil. Sobre autoliquidaciones según Resolución ... de 31 de enero 2020. Ver Regimen Comun ...OLUCIÓN CREG 015 DE 1995

...el periodo facturado el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y para hacer uso de estos cuenta de la fecha señalada para pago ...información comunicarse al (601) 5 115 115 hasta de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Atención o Cliente Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ...correspondientes según resolución No 31-2020 de 30 de noviembre de 2020 ...emisión generará el recibo de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la suspensión del servicio. ...puesto dentro oportuno de conformidad con el Artículo 158 de la ley 142 1994 ...resolución CREG 180 ... consultar www.enel.com.co ...cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2014 la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, atribuciones y responsabilidades asignadas a ENEL ... y por usuario. Para obtener mayor información, la encontrara a disposición en nuestra página web www.enel.com.co consultando a la línea (601) 5 115 115 hasta de 115, en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

PEDICIÓN FACTURA: 21 JUN2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige al desprendible que emite el mismo como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR

CONS

VAL

PERIODO FACTURADO: 18 MAY/2023 A 16 JUN/2023

DIAS FACTURADOS: 29

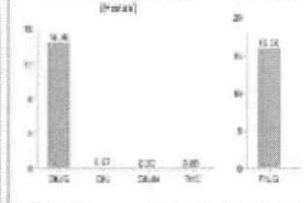
CONSUMO MES 549 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 17 503 0057
RUTA LECTURA:	3000 5 17 504 0072
MANZANA DE LECTURA:	MS00560350
MEDIDOR NO:	57463
MEDIDOR NO:	57463

CALIDAD DEL SERV



CD: 327.5791 GRUPO: 11 HC: 0.33 VC

PERIODO: Abril/2023 DI: 317.56 CF: 601 MC

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Carga la lavadora siempre a su máxima capacidad en cada lavada.

1589

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023.	Natación	27 - 07 - 2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Serrano londoño Ana.

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (⊗) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 51636709.

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102897297

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * AnisserranoL@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * cll 70 N°89 - 21

7. ¿Cuál es su edad? * 65.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (⊗) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

(⊗) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ⊗ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? Casa de la mujer. ○ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ⊗ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XXL

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Ana Serrano Londoño mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51636704 de Bogue y domiciliado en el barrio _____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma: Ana Serrano L.
Nombre: Ana Oliva Serrano Londoño
C.C: 51636704
Teléfono: 3102897297
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3164285478
Dirección: C170 N°84-21

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.636.704**

SERRANO LONDOÑO

APELLIDOS

ANA OLIVA

NOMBRES

Ana Serrano Londoño

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-1957**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00018341-F-0051636704-20080628 0000680598A 1 1280001740

1593

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	51636704
NOMBRES	ANA OLIVA
APELLIDOS	SERRANO LONDOÑO
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	25/02/2002	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/27/2023 14:26:11	Estación de origen:	192.168.70.220

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

1594

21,766 - Page 2 of 2

No. Cuenta 0564557-8 9168

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$49,880		$0		$49,880	29 JUN/2023	04 JUL/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0564557-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 JUL/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	48470		48396		74		$792.95		$58,679
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 74 kWh X		Valor kWh $792.9529	X	Beneficio -15.00%				$-8,802
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,720 DIARIOS							SUBTOTAL:		$49,877

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$3
SUBTOTAL:	$3

Consumos + Otros cobros asociados a energia — 1 TOTAL ENERGÍA: $49,880

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 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: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSION 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 $674.0100 KWh



PAGO CPORTUNO 29 JUN/2023

TOTAL A PAGAR $49,880

(415)7707209914253(8020)0105645578729109106 7(3900)0000000049880

NÚMERO DE CLIENTE 0564557-8

Factura de Servicios Públicos No. 729109106-7

1595

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natacion	27 Julio 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Luis Eladio Panchoaga Blanco

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 10538672

4. ¿Cuál es su número de celular? 3002813410

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Panchoaga541@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 66 #76-43

7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (●) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (●) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(●) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (●) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Yatiri Amaru Panchoaga Ortiz

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ◉ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1061781915

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◉ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◉ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
◉ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◉ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◉ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ◉ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3213404015

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * panchocaqa541@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1596

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

(●) Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ( ) Rom - gitano(a) ( ) Palenquero(a) ( ) Raizal
( ) Negro(a) ( ) Afrodescendiente ( ) Mestizo(a) ( ) Blanco(a) ( ) Ninguna de las anteriores ( ) Prefiero no contestar
( ) No aplica ( ) Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

( ) Empleado(a) ( ) Independiente (●) Estudiante ( ) Vendedor informal
( ) Labores del hogar ( ) Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 66 76-43

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

(●) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual ( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

(●) Masculino ( ) Femenino ( ) No binario ( ) No aplica ( ) Prefiero no contestar
( ) Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

(●) Heterosexual ( ) Lesbiana ( ) Gay ( ) Bisexual ( ) Hombre transexual ( ) Mujer transexual ( ) Queer
( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica ( ) Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

(●) Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ( ) Rom - gitano(a) ( ) Palenquero(a) ( ) Raizal
( ) Negro(a) ( ) Afrodescendiente ( ) Mestizo(a) ( ) Blanco(a) ( ) Ninguna de las anteriores ( ) Prefiero no contestar
( ) No aplica ( ) Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

( ) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Sordoceguera ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple
(●) Ninguna ( ) No aplica ( ) Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◉ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ◉ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ◉ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ○ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ◉ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál?_____ ◉ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ◉ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◉ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

1597

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Luis Eladio Panchoaga B Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 10538672 de Popayan y domiciliado en el barrio Lujan, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ NATACION Adaptada X convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 27 días del mes de ~~Agosto~~ Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: luis Panchoaga
C.C: 10538672
Teléfono: 3002813410-3219873309
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 66#76-43
Bl. Lujan.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Yalpii Amaru Panchoaga Ortiz
Número de identificación 1061781915

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.061.781.915**
PANCHOAGA ORTIZ

APELLIDOS
YATIRI AMARU

NOMBRES

FIRMA

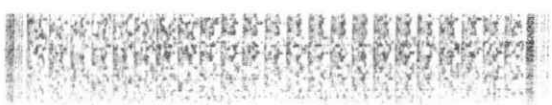


FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-2013
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-JUL-2031 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

26-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.538.672**
PANCHOAGA BLANCO

APELLIDOS
LUIS ELADIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1961**
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-MAY-1979 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150 00019204-M-0010538672-20080703 0000736579A 1 1180007589

REGISTRO DE CAMARA DE COMERCIO NO. 16833 LIBRO IX OCTUBRE 24 DE 2006
NIT 900279575-8

SEGUIREMOS 1600

Contigo

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

La EPS EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	TI 1061781915
Apellidos:	PANCHOAGA ORTIZ
Nombres:	YATIRI AMARU
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Activo
Fecha de Afiliación:	08/07/2013
Departamento de Afiliación:	CAUCA
Municipio de Afiliación:	POPAYÁN
Zona:	Urbana

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
BIOS IPS MEDICAL CENTER SAS - POPAYAN (CAUCA)	KR 11 CL 9 N - 39	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA MEDICAMENTOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 3 de Agosto de 2023 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

1. A través de nuestra línea telefónica 601 5 115 115, canales digitales o centros de servicio.
2. De no ser resuelta, entra a la página web en la sección del Defensor del Cliente.
3. Escríbenos a defensor@enel.com o denuncias@enel.com.
4. Trabajaremos en una solución para tu solicitud.



Cortáctanos

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

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

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual

APP Banco
Internet
Teléfono Banco
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Bancolombia a la mano
MOVII
DAVIplata
NEQUI
tpaga

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR

CONRED
efácil
Reval
Su Red Amiga
Bancolombia
Servientrega
MOVIRED
punto red
RED CADE
enel **
Almacenes de Cadena
Supermercados Olímpica
Almacenes Éxito

** 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 mas información. Si no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Soba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobería.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 / $831.34 Costo kWh Mes
Vigencia: JUN/2023
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Generación de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, hacia de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión proceden el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro puesta dentro del contenido de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156 11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 24 JUL 2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO earth pact

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

7574824-7

160 16850

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 732724550-0

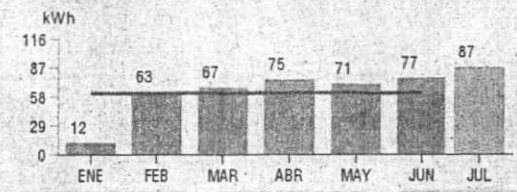
16850 (12886)

CLIENTE

ANA MARCELA MOTIVA DE QUIJANO
CL 66 NO 76 - 43 AP 302
CL 66 NO 76 - 43 AP 302
BOGOTÁ, D.C.
EL REAL

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50
CONSUMO DIARIO: 2.6 kWh
VALOR DIARIO: $1,789

PERÍODO FACTURADO: 16 JUN/2023 A 19 JUL/2023
DÍAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES 87 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 62 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 17 506 1112
RUTA LECTURA:	3000 5 17 510 0740
MANZANA DE LECTURA:	MS00560408
MEDIDOR NO:	19783529
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 1784779 GRUPO: 13 HC: 4.00 VC: 9 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Di: 219.02 CF: 71 MC: 0 MF: 1 %I: 18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

GRUPO: 1 CIRCUITO: PR12-37057RH - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa CON FACTURACIÓN
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: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

1602

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	28 Julio 2023 2:15 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Claudia Castro

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (⊗) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52814957

4. ¿Cuál es su número de celular? 3008848508

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Mirando1806@Hotmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 71D # 64-44

7. ¿Cuál es su edad? * 41

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Thomas Alejandro Shaw Castro.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1032879588

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3008848508

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * miranda1806@Hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ⊘ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊘ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? cra 71 D #64-44.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

talla. 12

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Claudia Cotio Miranda identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52814957 de Bogota. y domiciliado en el barrio cabaña, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogota a los 28 días del mes de julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Claudia Cotio M.
C.C: 52814957
Teléfono: 3008848508 -
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3002187725.
Dirección: cra 71D #64 44.
Thomas Shaw Cotio
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1032879588

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.032.879.588**
SHAW CASTRO

APELLIDOS
THOMAS ALEJANDRO

NOMBRES

Thomas Shaw

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-AGO-2033 **O-** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

17-AGO-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01315998-M-1032879588-20220822 0082025724A 1 8505419119

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032879588
NOMBRES	THOMAS ALEJANDRO
APELLIDOS	SHAW 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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	15/08/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/28/2023 15:20:17	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

1607

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

1. Marca en nuestra línea telefónica 601 6 115 115, dando dígitos o centros de servicio.
2. De no ser resuelto, entra a la página web en la sección del Defensor del Cliente.
3. Escríbenos a defensor@enel.com o denuncias@enel.com
4. Trabajaremos en una solución para tu solicitud.



Contáctanos

Enel Colombia | App Enel Clientes Colombia | Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y Pymes o en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

Bogotá y Cundinamarca 601 6 115 115 | 115 Desde tu celular | 601 6 894 804 | Defensor del Cliente

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, mobo, MOVIRED, puntored

Red Efectiva: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Éxito, Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registrarse ciertos días en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulte nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptan el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: JUN/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:372.14 T: 80.70 D: 254.93 CV: 58.70 PR: 70.59 R: 14.66 CR: 0.00	/ $531.34 Costo kWh Mes	796.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Bienes administradores según Resolución No. 6547 de 26 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 038 DE 1994.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 3001 5 115 115, fuera de Bogotá al 04 6000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP., Bienes grandes contribuyentes según resolución No 012020 de 25 de diciembre de 2002.

"Tenga en cuenta de suspensión prevista el mismo de recepción y en solicitud de aplicación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, se mide mediante el Código de Medida, se entenderán obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 6 115 115, fuera de Bogotá al 01 6000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICION FACTURA: 18 JUL 2023

GRUPO 1 CIRCUITO SA23-27101H1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTU... El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica... productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Do...

enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

3252461-0

earth pact ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 732011047-6

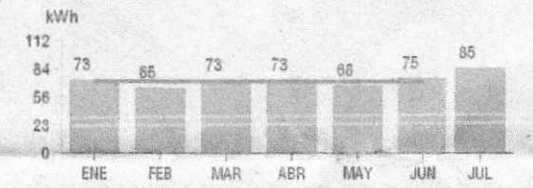
18165 (9516)

CLIENTE

ANA BOLENA SHAW CARDENAS
KR 71 D NO 64 - 44 AP 304
ARMARIO
BOGOTÁ, D.C.
LA CABAÑA

¿Quieres tu factura virtual? Escanee el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $796.50

CONSUMO DIARIO: 2.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,748

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 72 kWh

PERÍODO FACTURADO: 10 JUN/2023 A 13 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 85 kWh

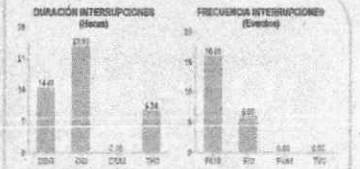
Este mes tu medidor registró la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que sella el datáfono como soporte del pago. Es sello tus comprobante es un soporte válido en caso de reclamo.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 13 506 0702
RUTA LECTURA:	3000 5 13 519 0717
MANZANA DE LECTURA:	MS00550827
MEDIDOR NO:	151173
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: Dt: CF: IIC: 0 MF: 1 %t:

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

Factura impresa por Cervigal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.095.612-8

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	28 Julio 2023 1:55p

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Claudia Milena Vargas espinel

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (⊗) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52975277

4. ¿Cuál es su número de celular? 3194854414

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * miniclau86@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71D 64c 73

7. ¿Cuál es su edad? * 40

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Santiago Rengifo Vargas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadania ◯ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjeria ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1020001337

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 9 años

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
⊗ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3194854414

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * miriclau86@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊗ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 71 D 64 C 73

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Claudia Milena Vargas Espinel Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52975277 de Bogotá y domiciliado en el barrio paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si X no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Claudia Milena Vargas Espinel
C.C: 52975277 Bta
Teléfono: 319-485-44-14
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3134682057
Dirección: Carrera 71 D 64c 73
Santiago Rengifo Co Vargas
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: NO
Número de identificación 1020061337

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.020.001.337
RENGIFO VARGAS

APELLIDOS
SANTIAGO

NOMBRES

santiagorengifo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-OCT-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

A-
G S RH

M
SEXO

07-ENE-2021 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1508800-01198097-M-1020001337-20210107 0073031177A 1 8501268835

1612

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - UNISALUD

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE AFILIACIÓN

La información relacionada pertenece al Sistema Propio de Seguridad Social en Salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD, en los términos de la Ley 647 de 2001.

INFORMACIÓN USUARIO

Sede	BOGOTA	
Tipo y número de documento	TI	1020001337
Nombres y apellidos	RENGIFO VARGAS	SANTIAGO
Estado	ACTIVO	
Fecha afiliación	2013-10-21	
Fecha retiro	NO APLICA	
Tipo afiliado	BENEFICIARIO	
Tipo y número de documento cotizante	11322587	CC
Nombres y apellidos cotizante	RENGIFO CARDENAS	ISRAEL

NOTAS:

- Información sujeta a verificación por parte de UNISALUD, cualquier aclaración comunicarse con la sede correspondiente.
- Esta constancia no constituye aprobación de traslado, ni aclara estados de multiafiliación
- Esta constancia no es documento válido para solicitar la prestación de servicios de salud.
- Señor cotizante o beneficiario (afiliado), por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos en la página web http://www.unisalud.unal.edu.co/usuarios/actualizacion-datos-unisalud.html.
- En todo caso podrá solicitar directamente en la Sede de Unisalud la rectificación o supresión de datos en virtud del artículo 22 del Decreto 1377 de 2013

La presente constancia se expide a solicitud del interesado a través de la Base de Datos única de Afiliados de UNISALUD, el día Viernes, 28 de Julio de 2023

Elaboro: UNsistema

Sede Bogotá: Carrera 45 # 26-85, Edificio Uriel Gutiérrez, Teléfono: (1) 316 5000 Ext. 18879
Sede Medellín: Calle 59A # 63-20, Bloque 50 Piso 2, Teléfono: (4) 430 97 00 Ext, 49705
Sede Manizales: Carrera 27 # 64-60, Bloque B Piso 1, Teléfono: (6) 887 9040 Ext. 53109
Sede Palmira: Carrera 32 Vía Candelaria, Teléfono: (2) 286 8888 Ext. 35131

Imprime Certificación | Ir al Menú

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario
JORGE MONROY
KR 71D 64C 73

1613
ENGATIVA
SAN JOAQUIN

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22735

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 2015IB006030 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10122742**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **39201919311**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$155.810**

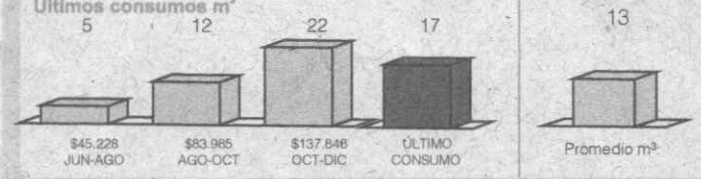
Fecha de pago oportuno: MAR/13/2023

Fecha de suspensión: MAR/16/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3297	CONSUMO (m³)	17
LECTURA ANTERIOR:	3280		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
DIC/13/2022 - FEB/09/2023

Resumen de su cuenta
FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/02/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAY/06/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$15.777,26	$15.777	$2.366-	$13.410,67	$13.411
Consumo residencial básico	17	$3.086,98	$52.479	$7.872-	$2.623,93	$44.607
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$68.256	$10.238-		$58.018
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.499,28	$7.499	$1.125-	$6.374,39	$6.374
Consumo residencial básico	17	$3.239,78	$55.076	$8.261-	$2.753,81	$46.815
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$62.575	$9.386-		$53.189

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3	
Subtotal Otros Cobros ③				$3	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: $111.210

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $55.604

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $1.885



Es rápido y fácil:

1. Inscríbete a Factura Virtual en **www.acueducto.com.co**
2. Recibirás un mensaje de confirmación para acceder a tu descuento.
3. Redime tu descuento en **www.loteriadebogota.com**
4. Espera el **sorteo de la Lotería de Bogotá** y verifica si eres un afortunado ganador

- Durante la vigencia de la campaña, las compras siguientes a la primera, tendrán un descuento del 10% en el valor de la fracción o billete.
- El descuento se aplica únicamente a compras virtuales de la Lotería.

Vigencia de la promoción 01-Dic-2022 al 31-May-2023.

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10-EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 03.03.2023

aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA

NIT: 901.144.843 -9

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

KR 69 No. 80 - 27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

BOGOTÁ LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10122742

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 39201919311

Período facturado
ENE/01/2023 - FEB/28/2023

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	3
Und. Res. Ocup:	1	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.000
Und. Res. Desocup:	000	**Und. No Res. Desocup:**	000	**Volumen:**	0.00
Frec. Barrido:	02	**Frec. Recolección:**	03	**% Participación:**	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
24.309,99	17.204,06	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	0.0027	Limpieza Urbana:	0.0012	Rechazo del Aprovechamiento:	0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0392	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:			0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$38.355	$41.185	$42.600	59

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$52.476	Ajuste a la Decena	$5-
Subsidio	$7.871-		
Subsidio	15%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de **EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1**

VALOR ASEO $ 44.600

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.993)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda)	$23,74	$27,93	$404
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$73,47	$86,44	$1.249

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros 4 $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP, PSE Y BILLETERAS MÓVILES

PSE · Rappi · puntopay · tpaga · DAVIplata

PARA QUIENES PREFIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

VIA · Punto de Pago (¡Especialistas en Recaudo!) · Jumbo · puntored · Corresponsales Bancarios

MEDIOS ELECTRÓNICOS

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGO

CENTRO HARINO

SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS

SUPERCADES

CADES

RAPICADES

RECLAMOS 146 Acueducto 110 Aseo

ENTRE: Www.aseo.co.uno.uno.uno.uno, en cualquier momento, y cuando la información de su punto de recaudo no aparezca en Quiero Pagar Aquí, o en el punto de atención. Consulte más información en: Www.aseo.co.uno.uno.uno.uno

2208833

FACTURA DE COBRO No. 39201919311 - 10122742

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	JORGE MONROY
ENE/01/2023 - FEB/28/2023	KR 71D 64C 73

(415)7707200489996(8020)392019193115(3900)000000044600

TOTAL ASEO $44.600

Pago recibido PSE
martes 14 de marzo
2023 - 7:19:23
9008736

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 02.03.2023

FACTURA DE COBRO No. 39201919311 - 10122742

Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

acueducto AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

PERÍODO FACTURACIÓN	JORGE MONROY
DIC/13/2022 - FEB/09/2023	KR 71D 64C 73

(415)7707200485271(8020)392019193111(3900)000000111210

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $111.210

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 02.03.2023

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

1614

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	28 Julio 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Paola Milena Castañeda Cantillo

1:43 Pm

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (⊗) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.352.208

4. ¿Cuál es su número de celular? 3132616194

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * castapao@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 63f N 72-55

7. ¿Cuál es su edad? * 44

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (⊗) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Matias León Castañeda

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.150.786.727

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 17

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*
⊗ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*
⊗ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*
⊗ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*
◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
⊗ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*
◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*
⊗ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*
⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3132616194

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * castapao@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

14

¡Gracias por su tiempo!

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

⊗ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 63f N 72 - 55

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1616

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Paola M. Castañeda C Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.352.208 de Bta y domiciliado en el barrio El Paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (x) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Paola Milena Castañeda Cantillo
C.C: 52-352-208
Teléfono: 3132616794
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CL 63f N 72-55
Matias Leon Castañeda
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1150186.727

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.150.186.721**
LEON CASTAÑEDA

APELLIDOS
MATIAS

NOMBRES

Matias Leon C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-JUN-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

26-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01225456-M-1150186721-20210330 0073947181A 1 8501805459

compensar | salud
Plan Complementario

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) PAOLA MILENA CASTAÑEDA CANTILLO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52352208, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
MATIAS LEON CASTAÑEDA	TI - 1150186721	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde Hasta
PAOLA MILENA CASTAÑEDA CANTILLO	CC - 52352208	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde Hasta

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de julio de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13019990

VIGILADO SuperSubsidio

ACTURA POR 2 MESES

6093

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

EDICONCRETO LTDA EDICONCRETO LTDA
CL 63F 72 55 IN 2 AP 502

1619

ENGATIVA
EL ENCANTO

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** A2 **RUTA:** A22012

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 151761 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **11012279**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **42571072018**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$173.920**

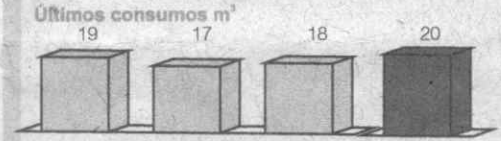
Fecha de pago oportuno: JUL/24/2023

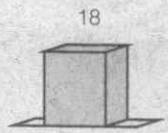
Fecha de suspensión: JUL/27/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2831	CONSUMO (m³)	20
LECTURA ANTERIOR:	2811		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
ABR/21/2023 - JUN/20/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/11/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/15/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.868,05	$16.868	$2.530-	$14.337,84	$14.338
Consumo residencial básico	20	$3.291,66	$65.833	$9.875-	$2.797,91	$55.958
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$82.701	$12.405-		$70.296
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.017,75	$8.018	$1.203-	$6.815,09	$6.815
Consumo residencial básico	20	$3.386,09	$67.722	$10.158-	$2.878,18	$57.564
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$75.740	$11.361-		$64.379

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$5	
Subtotal Otros Cobros ③				$5	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual: $0

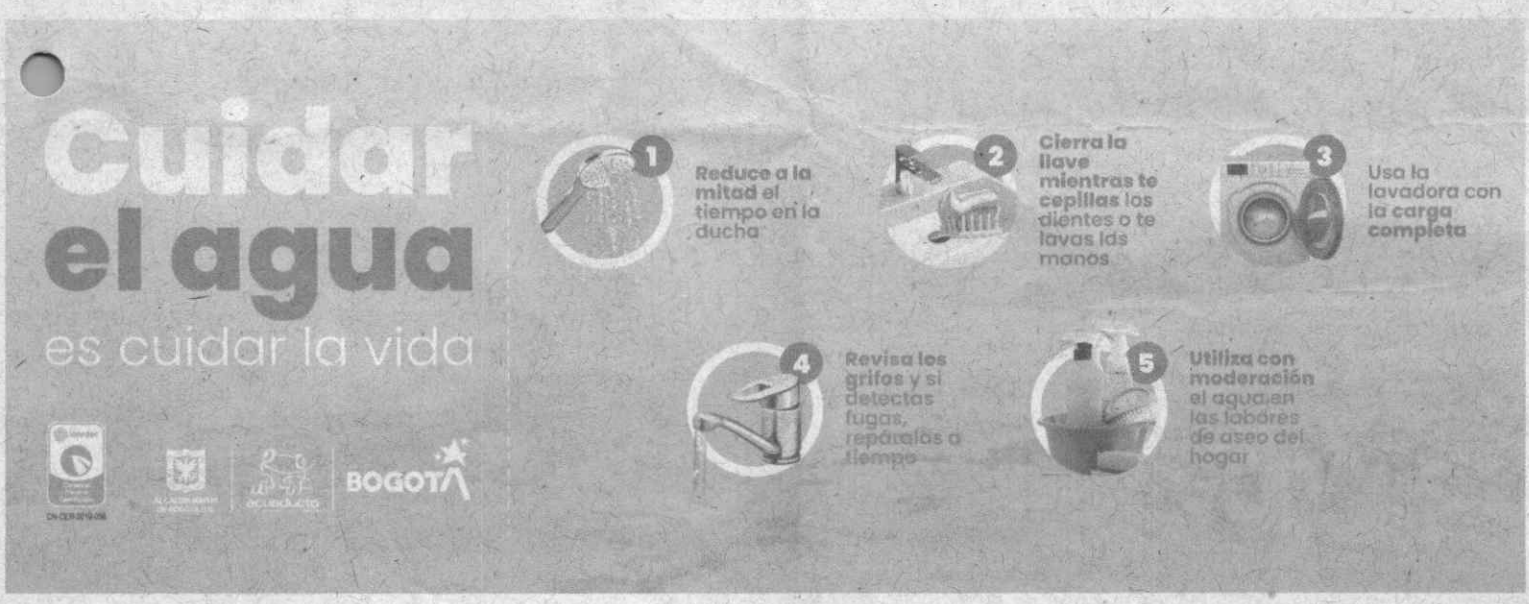
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: $134.680

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $67.338

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $2.208

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-8 7709281212900 11.07.2023



aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA
NIT: 901.144.843 -9

PARA CUALQUIER RECLAMO SOBRE ASEO DIRÍJASE A LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL USUARIO

KR 69 No. 80 - 27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
LUNES A VIERNES 7:00 AM A 5:00 PM SABADO 9:00 AM A 1:00 PM

BOGOTÁ LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 11012279

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 42571072018

Período facturado
MAY/01/2023 - JUN/30/2023

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	3
Und. Res. Ocup:	1	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.200
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.12
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.540%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
24.451,34	10.939,12	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:
0.0027	0.0012	0.0000
Efectivamente Aprovechadas: 0.0414	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:	0.0251

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DÍAS LIQUIDADOS:
$37.814	$38.978	$39.848	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO Ó APORTE:

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$46.164	Ajuste a la Decena	$1
Subsidio	$6.925-		
Subsidio	15%		
Aporte	00%		

Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de **EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1**

VALOR ASEO $ 39.240

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.993)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda)	$23,57	$27,73	$471
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$72,70	$85,53	$1.454

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros (4) $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

Actualmente la EAAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP, RED Y BILLETERAS MOVILES

PSE · puntopay · tpaga · DAVIplata

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

VIA · Punto de Pago ¡Especialistas en Recaudo! · Jumbo · puntored · CORRESPONSALES BANCARIOS BANCO CAJA SOCIAL

MEDIOS ELECTRONICOS
Bancolombia · Citibank · Banco Popular · Banco Av Villas · Banco Caja Social · Banco Colpatria

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS
BANCO DAVIVIENDA · BANCO POPULAR · BANCO DE BOGOTÁ

CENTRO NARIÑO
Pagos tarjetas Visa y Mastercard Débito y crédito Calle 24 No. 37-15

SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS
Banco Bay · Banco Av Villas · Banco Bogotá · Banco Sudameris · Banco Popular

SUPERCADES
CAD Americas · 20 de Julio · Engativá
Horario de Atención en los SuperCADE: Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua. Sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.

CADES
Bosa Estación · Candelaria · Kennedy · Suba Gaitana · Perdomo · Usme · Puente Aranda · Plaza de las Américas · Santa Helenita · Bosa · Tintal · Fontibón · Suba Calle Lucía · Ventanas
Horario: Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

RAPICADES
Bosa Hospital · Avenida Suba · Chapinero 52 · Chía Centro · Portal Américas · Santa Librada · Chapinero 93 · Fontibón Centro · Madelena · Restrepo Kr. 20 · Santa Inés · Siete de Agosto · Sevilla · Mexicano · Kennedy · Chiriví · San Fernando · Calle 80
Horario: Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

PQRS 176 Acueducto · 110 Aseo

FACTURA DE COBRO No. 42571072018 - 11012279

Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	EDICONCRETO LTDA EDICONCRETO LTDA
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	CL 63F 72 55 IN 2 AP 502

(415)7707200489996(8020)425710720182(3900)000000039240

TOTAL ASEO $39.240

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 42571072018 - 11012279

Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

acueducto Agua y Alcantarillado de Bogotá

PERÍODO FACTURACIÓN	EDICONCRETO LTDA EDICONCRETO LTDA
ABR/21/2023 - JUN/20/2023	CL 63F 72 55 IN 2 AP 502

(415)7707200485271(8020)425710720183(3900)000000134680

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $134.680

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

1620

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion.	28 Julio 2023

1 30 P

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yuleidys. Maria Ruiz Alvis.

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (x) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1007500168

4. ¿Cuál es su número de celular? 3134891050

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * manuel75.contrecovo@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Kr 71D 64C - 10

7. ¿Cuál es su edad? * 25

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (x) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (x) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(x) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(x) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (x) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Manuel David Contrelas Ruiz

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadania ⊗ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjeria ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1 233 910 736

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 6

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◉ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 313 489 1050

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * manuel75contrecova@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊗ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Kr 71D 64C - 10

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

1622

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Yuleidis Maria Ruiz Alvis Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1007500768 de Tuchin - cordoba y domiciliado en el barrio el paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion. Adaptada __convencional x del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (x) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Yuleidis Maria Ruiz Alvis
C.C: 1007500768
Teléfono: 3134897050
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3227134789
Dirección: Kr 71D 64c -70
Manuel David Contreras Ruiz
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1233910736

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.233.918.736

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58620307

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR DE SUBA SEDE 2 TIBABUYES - COLOMBIA - CUND

Datos del inscrito

Primer Apellido: CONTRERAS. Segundo Apellido: RUIZ.

Nombre(s): MANUEL DAVID.

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes JUL Día 21 | Sexo (en letras): MASCULINO. | Grupo sanguíneo: O. | Factor RH: POSITIVO.

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo: 14148479-5.

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con tres apellidos, indíquese si uno de ellos corresponde al primero o segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres como ellos: RUIZ ALVIS YULEIDIS MARIA.

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.007.500.168. Nacionalidad: COLOMBIA.

Datos del padre (Para casos de pueblos indígenas con tres apellidos, indíquese si uno de ellos corresponde al primero o segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres como ellos: CONTRERAS COVO MANUEL ANTONIO.

Documento de identificación (Clase y número): CC 92.541.391. Nacionalidad: COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CONTRERAS COVO MANUEL ANTONIO.

Documento de identificación (Clase y número): CC 92.541.391. Firma: Manuel Contreras

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 2017 Mes SEP Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R

Nombre y firma

Huella del inscrito

Manuel Contreras

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

25 SEP 2017 LIBRO DE VARIOS TOMO 26 FOLIO 0205 VHB

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y ARTICULO 1 DECRETO 278 DE 1972, PARA ACREDITAR PARENTESCO EXCENTO DE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995. VALIDEZ

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

1624

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1233910736
NOMBRES Y APELLIDOS	Contreras Ruiz,Manuel David
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Contreras Covo,Manuel Antonio, a los 27 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Doblar y rasgar

1625

vanti

Más formas de pa

Vanti S.A. E

Cuenta o Referencia de pago: **61002816**

Cliente: ROBERTO MUNOZ
Direccion: KR 71D 64C 0010 01 00002
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000

Ruta: 0011370057120005100
Sector: SAN JOAQUIN
Lote: P12GN
Código Sector 214
Medidor No.:5067199-135284

Eficiencia energética

Optimiza nuestro consumo de energía en todos nuestros hogares con electrodomésticos y soluciones eficientes, así como el uso de fuentes renovables, principalmente con el brillo del sol.

Oficina Virtual

Ingresa en nuestra nueva Oficina Virtual y conoce en tiempo real el comportamiento de tu consumo, el historial de pagos y de tu factura, además, podrás realizar tus trámites y solicitudes en línea.

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NO PAGUES EXPERTOS NO RECIBES DINERO

Con nuestros expertos:

- No pagas en efectivo
- Pagas a través de la factura

Comunícate con nosotros:

Emergencias: **164**

Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Pague a través de nuestra página web www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar la factura

Pagos electrónicos en estas entidades

Bancolombia

BBVA

Banco Falabella

BANCO PICHINCHA

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris
Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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. 830.076.832-4

vanti

cupo



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilista.com/celebraciones/. Vanti Lista es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en vantilista.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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

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 vier
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

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

Doblar y rasgar

1626

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	28 de Julio 2023 17:46

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Alonso Antonio Alzate Ramirez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 3607122

4. ¿Cuál es su número de celular? 3245800836

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * rosyblan@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 101 #73-25

7. ¿Cuál es su edad? * 75

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (X) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

(X) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1627

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *.

◉ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◉ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◉ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◉ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◉ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ (X) No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller (X) Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

(X) Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube (X) Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ (X) No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) (X) Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente (X) Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

1628

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Alonso D. Alzate mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 3.607122 de Sant. Antioquia y domiciliado en el barrio Alamos N acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma: Alonso Alzate
Nombre: Alonso Antonio Alzate
C.C: 3.607122
Teléfono: 3245800836
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3016520649
Dirección: Cra 101#73-25

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 3.607.122
ALZATE RAMIREZ

APELLIDOS
ALONSO ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1948
SANTUARIO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

19-ENE-1970 SANTUARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01213314-M-0003607122-20210210 0073337001A 1 9914640199

1630

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41532919
NOMBRES Y APELLIDOS	Bermudez De Alzate,Rosalbina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2000
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 3607122
NOMBRES Y APELLIDOS	Alzate Ramirez,Alonso Antonio
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2000
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bermudez De Alzate,Rosalbina , a los 28 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



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

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

0602151-1

14286

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 722325626-9

1632

14286

CLIENTE

ROSALBINA BERMUDEZ DE ALZATE
KR 101 NO 73 - 25 AP 200
2 PISO
BOGOTÁ, D.C.
EL CEDRO

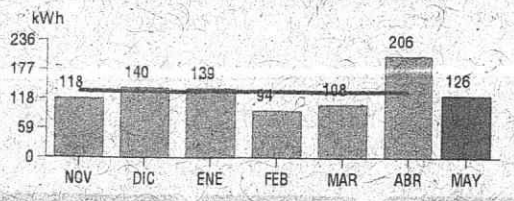
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(10727)

App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
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.

DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com.co
DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $773.49
CONSUMO DIARIO: 4.2 kWh
VALOR DIARIO: $2,761
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 133 kWh

PERÍODO FACTURADO: 27 MAR/2023 A 26 ABR/2023
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 126 kWh

23,882 - Page 1 of 2

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

¿tu factura?

Medios virtuales de Pago

Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Billetera Virtual

Rappi pay · MOVII · DAVIplata · NEQUI · tpaga

Red Distrital · **Centros de Servicio** · **Código QR**

Reval · RED CADE · enel · Almacenes de Cadena · JUMBO · ÉXITO

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. 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 Toberín.

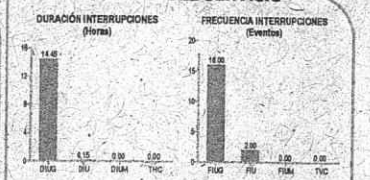
OS / Componentes del costo: V: 67.88 PR: 70.89 R: 17.38 CF: 0.00 / $835.41 Costo kWh Mes
Vigencia: MAR/2023
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 773.49 Costo kWh Mes

ación de Energía Eléctrica, Tarifa 11,94 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común DE 1999.
Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago de a): (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Puntos de Servicio al Cliente.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 02 504 1145
RUTA LECTURA:	3000 5 02 508 0183
MANZANA DE LECTURA:	MS00562920
MEDIDOR NO:	3884103
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11213TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Marzo/2023 DI: 210.62 CF: 168 MC: 0 MF: 1 %t: 16
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2018

23,883 - Page 2 of 2

(1) Total Energía $4,970 + (2) Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $4,970

PAGO OPORTUNO 09 MAY/2023
FECHA DE SUSPENSIÓN 11 MAY/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0602151-1
PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 26 MAY/202

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada:** Norr

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	(-)	Lectura Anterior	(=)	Energía Facturada kWh	(x)	Valor Unitario kWh	(=)	Valor Facturado
ENERGÍA	12341		12215		126		$773.49		$97,4
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 126 kWh	X	Valor kWh $773.4964	X	Beneficio -15.00%				$-14,6
								SUBTOTAL:	$82,8

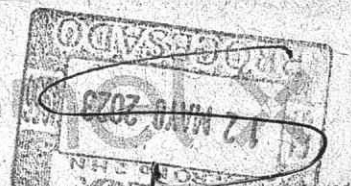
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,761 DIARIOS

No. Cuenta 0602151-1 14286

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:47,09- E	$13
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$5
SALDO ANTERIOR	$-77,890
SUBTOTAL:	$-77,872

Otros cobros de productos y servicios



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

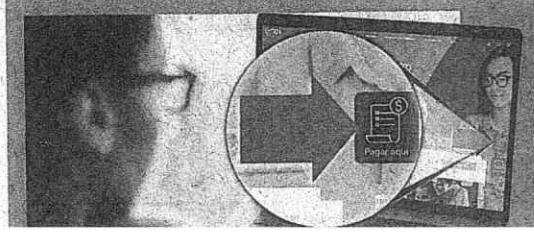
Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: **$4,970**

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 $857.4719 KWh



Aviso importante

Desde **Enel Colombia** hemos detectado publicidad fraudulenta en Google con enlaces sobre nuestro sitio de pagos. Recomendamos a nuestros clientes estar muy atentos y usar únicamente el **botón de pago PSE** que está directamente en **www.enel.com.co**

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

1633

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	29 Julio 2023 3:15p

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Custodia Díaz Roa

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
(x) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia
( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 41 534 659

4. ¿Cuál es su número de celular? 320 406 3656

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Kr 71 # 64c - 31

7. ¿Cuál es su edad? * 74

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (x) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
(x) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad
( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES
( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1634

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ⊗ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ⊗ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ⊗ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
⊗ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ◯ Buena ⊗ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ⊗ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ⊗ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◔ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◔ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
⊗ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

1635

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo María Custodia Díaz Roa mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41 534 658 de Bogotá y domiciliado en el barrio El Paseo, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma: M Custodia Díaz
Nombre: María Custodia Díaz
C.C: 41 534 658
Teléfono: 320 406 3656
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 311 453 1808
Dirección: Kr 71 # 64C-37

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.534.659

DIAZ ROA
APELLIDOS

MARIA CUSTODIA
NOMBRES

María Custodia Díaz Roa
FIRMA



INDICE DERECHO

09-AGO-1947
FECHA DE NACIMIENTO

SAN EDUARDO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 | O+ | F
ESTATURA | G.S. RH | SEXO

10-MAY-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500100-42119374-F-0041534659-20040723 02257 04205A 02 150312374

Doblar y rasgar

1637

vanti

Más formas de pagar

Vanti S.A. ES

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**

Con tu cupo vanti √ LISTO

Remodela tu hogar y paga a cuotas* a través de la factura de gas.



Usa tu cupo en nuestros aliados:

Hogar · Alkomprar · DormiLife · Samir

Consulta tu cupo en www.vantilisto.com

*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

pse — Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancaoía · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco AV Villas · Rappi Pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Cuenta o Referencia de pago: **61204928**

Cliente: LUZ ANGELA JIMENEZ — Ruta: 0011370057270005010
Direccion: KR 71 64C 0032 01 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: SAN JOAQUIN — Código Sector 214
Codigo Postal: 000000 — Lote: P12GN — Medidor No.:5077198-90154

vanti

CUPO DISPONIBLE $ 3.828.[illegible]



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. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consúltala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

1638

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
190 - 2023	Natacion	28 de Julio 2023 12:43

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rosalbina Bermudez

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
(✓) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia
( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 41532919

4. ¿Cuál es su número de celular? 3245800836

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * rosybian@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 101 #73-25

7. ¿Cuál es su edad? * 74

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (✓) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?
( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
(✓) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *
( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad
( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES
( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* _____

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* _____

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? _____

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ◔ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ◔ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ◔ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
◔ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
◔ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ⊗ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ⊗ Otro ¿Cuál? Pensionada

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

1640

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Rosalbina Bermudez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41532919 de Bogotá y domiciliado en el barrio Alamos H acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma: Rosalbina Bermudez
Nombre: Rosalbina Bermudez
C.C: 41532919
Teléfono: 324 5800836
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3016520649
Dirección: Cra 101#73-25

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.532.919
BERMUDEZ De ALZATE
APELLIDOS
ROSALBINA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1950
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-MAY-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00200158-F-0041532919-20091127 0018399596A 1 1440008214

1642

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41532919
NOMBRES Y APELLIDOS	Bermudez De Alzate,Rosalbina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2000
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 3607122
NOMBRES Y APELLIDOS	Alzate Ramirez,Alonso Antonio
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2000
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bermudez De Alzate,Rosalbina , a los 28 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



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

PAPEL ECOLÓGICO

0602151-1

14286

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 722325626-9

CLIENTE

ROSALBINA BERMUDEZ DE ALZATE
KR 101 NO 73 - 25 AP 200
2 PISO
BOGOTÁ, D.C.
EL CEDRO

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

14286 (10727) 23,882 - Page 1 of 2

App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
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.

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

¿tu factura? | Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

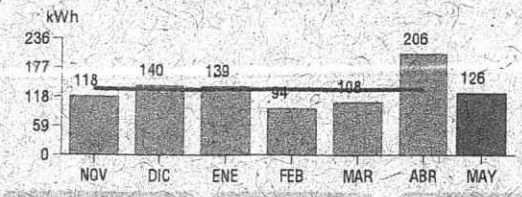
Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

Reval | RED CADE | enel | Almacenes de Cadena | Jumbo

registramos ciemes de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio, 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 Toberín.

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR KWh APLICADO	$773.49
CONSUMO DIARIO:	4.2 kWh
VALOR DIARIO:	$2,761
PERIODO FACTURADO:	27 MAR/2023 A 26 ABR/2023
DÍAS FACTURADOS:	30
CONSUMO MES	126 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:	133 kWh

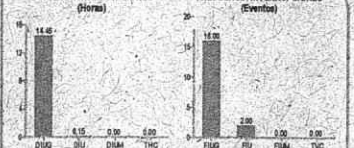
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 02 504 1145
RUTA LECTURA:	3000 5 02 508 0183
MANZANA DE LECTURA:	MS00562920
MEDIDOR NO:	3884103
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11213TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Marzo/2023 DI: 210.62 CF: 168 MC: 0 MP: 1 %t: 16
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

Componentes del costo: Vigencia: MAR/2023 | Tarifa aplicada Opción Tarifaria 773.49 Costo kWh Mes
V: 67.88 PR: 70.89 R: 17.36 CF: 0.00 $835.41 Costo kWh Mes

ación de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común DE 1999.
Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago de (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o en nuestros Centros de Servicio. Por ahorro en papel y cuidado del medio ambiente, no enviamos la factura física a menos que la solicite.

23,883 - Page 2 of 2

No. Cuenta 0602151-1 14286

1 Total Energía $4,970 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $4,970

PAGO OPORTUNO 09 MAY/2023
FECHA DE SUSPENSIÓN 11 MAY/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0602151-1
PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 26 MAY/202

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Norr

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	12341		12215		126		$773.49		$97,4
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 126 kWh	X	Valor kWh $773.4964	X	Beneficio -15.00%				$-14,6
							SUBTOTAL:		$82,8

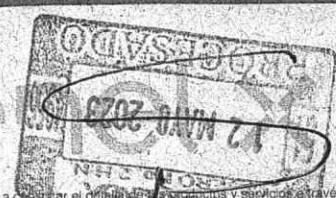
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,761 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:47,09- E	$13
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$5
SALDO ANTERIOR	$-77,890
SUBTOTAL:	$-77,872

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $4,970

Otros cobros de productos y servicios



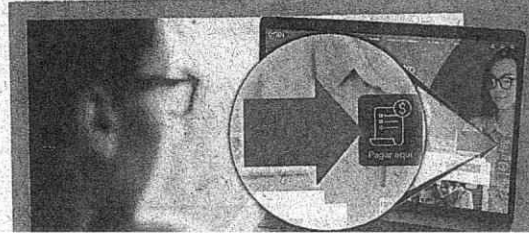
Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o mediante la FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

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 $657.4718 KWh



Aviso importante

Desde **Enel Colombia** hemos detectado publicidad fraudulenta en Google con enlaces sobre nuestro sitio de pagos. Recomendamos a nuestros clientes estar muy atentos y usar únicamente el **botón de pago PSE** que está directamente en **www.enel.com.co**

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	28 de Agosto 2023 3:42 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * william Morales Sanchez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * ⊗ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? 79.209.250

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 79.209.250

4. ¿Cuál es su número de celular? 3134125620

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * william142127@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * CRA 102 # 70-15 casa 76

7. ¿Cuál es su edad? * 50

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ○ No ⊗ Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

⊗ Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

○ No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Mariana Morales Monroy

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014884813

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 9

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3134125620

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * william142127@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊘ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

⊘ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊘ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊘ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊘ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊘ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ⊗ Voz a voz ⊗ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

⊗ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo William Morales Sanchez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79 209 250 de Soacha y domiciliado en el barrio Alamos Norte, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: William Morales
C.C: 79 209 250
Teléfono: 3134125620
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3207613381
Dirección: CRA 102 # 70-15 casa 76
Mariana Morales Monroy
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1014884813


FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
17-AGO-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
O- F
G.S. RH SEXO
03-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1500150-01165935-F-1014684813-20201206 0072731090A 1 8501103585


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.014.884.813
MORALES MONROY
APELLIDOS
MARIANA
NOMBRES
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79209250

MORALES SANCHEZ
APELLIDOS

WILLIAM
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1972
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-MAR-1991 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500116-42080161-M-0079209250-20000907 15934 00242A 02 089500423

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014884813
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	MORALES MONROY
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/28/2023 15:32:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya 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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1651

Cuenta / Referencia de pago:
61784260

Factura electrónica de venta F15I77868334

Cliente: WILLIAM MORALES

Dirección de servicio: KR 102 70 0015 C76 00001

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/08 04:00:47

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/10 16:00:33

Forma de pago: Crédito 13 días

CUFE: 32fb87fec9f43c1f188cc8166067ea2f791a352ecbccb3a154a3298b7ef6bf64fdd92a0aa34a3a565ba756fc4e4b08

Componente tarifario Cm: 1056.20 Fnc: 694.03 Dnc: 607.24 Cng: 2417.38 , Cp: 59.73 Cuec: 3811.0 CUsc: 2417.38 Cuec: 0.0 Cuv: 0.0
Fesc: 42.438 Mínimo consumo en M3 que genera subsidio: 71 Kmb y el precio de la canasta de Gas es: 257.002 CAESS: 0.0 CAUSU: 0.0

Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	6.0	2.417,38	14.504,28	0,00	14.504,28
ZACFIJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	4,72	4,72	0,00	4,72

Subtotal 18.320,00

Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 18.320,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica (1)+(2) 18.320,00



vanti
Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP. NIT: 800.007.313-5 www.grupovanti.com

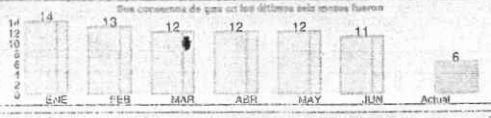
Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: S077101-1039090
Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 3722	2023-06-03	REAL	
Actual 3730	2023-07-05	REAL	

Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023

Volumen medido (Vmk): 8 Kp: 0.76826 Kt: 1.00585 Pc: 0.77275 Volumen corregido (Vc): 6
Temperatura promedia del ciclo facturacion (Tmk): 13.88 Temperatura estándar (Tsk): 15.56
Presión estándar (Psk): 1.01008 Presión atmosférica (Pak): 0.753
Presión manométrica en medidor (Pmk): 0.023 Fº pvt: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Saldo a favor 0,00

Subtotal 0,00

Descuento por tercero Total
PECAUDO TERCEROS Coospark Prolc. Exequial Plat ZRECTE 17290.0

Subtotal 17.290,00

Total a Pagar ①+②+④+⑤ 35.610,00

Fecha Límite de Pago	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/03/2027	22/07/2023	21/07/2023

Pague hasta la fecha de pago oportuno y evite intereses de mora y la suspensión del servicio. Valor en caso de concesión: 60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3561

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se reconecte, se cobrará el costo de reconexión vigente al momento de la misma. Si usted no recibió su factura oportunamente, solicítela en nuestras oficinas de atención al cliente o en nuestra página web. Para consultar el horario de atención de nuestras oficinas y puntos de pago visite nuestra página web. Servicio Público Domiciliario de Gas Natural. Si tiene inconvenientes con la prestación del servicio de gas natural, puede comunicarse con nosotros a través de nuestra línea de atención al cliente 018000 919497 o acudir a nuestras oficinas de atención al cliente.

(415)7707000000000035610(8020)78426(3900)0000000035610

Resolución No. 4518 del 17-Jul-1996 Subdirección de Normalización de Productos e Información Tecnológica
13/07/2023 - Facturación electrónica desde Nº SFEG1 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses
130 de la Ley 142 de 1994
Gases Comprimidos S.A.
E.S.P. Nit 800.007.313-5

1652

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	28 de Julio 2023 12:49 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Patricia Alzate

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52424966

4. ¿Cuál es su número de celular? 3016520649

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * abogdiana33@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 101 #73-25

7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Jaen Miguel Hueso Alzate

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

○ Cédula de ciudadanía ○ Registro civil ⊘ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1025324981

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 15

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊘ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊘ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊘ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ⊘ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊘ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

○ Primaria ⊘ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ⊘ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3016520649

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * abogdiana33@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ