

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.188.222.621**
SEPULVEDA MORENO

APELLIDOS
LIA SOFIA

NOMBRES

Lia Sofia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
29-AGO-2033

FECHA DE VENCIMIENTO **14-OCT-2022** **BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**

G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RIVERA

INDICE DERECHO



P-1500150-01324471-F-1188222621-20221019

0087487595A 1

8506042970

22541



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1990**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
09-DIC-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00940602-F-1014216781-20170926 0057395058A 1 9910116674

CURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.014.216.781**

MORENO ARIZA

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES

Leidy Carolina Moreno Ariza

FIRMA



Lia Sofia Sepulveda Moreno

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	1188222621
NOMBRES	LIA SOFIA
APELLIDOS	SEPULVEDA MORENO
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	29/08/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 09:48:45	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

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

2257

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

04/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? * Myriam Prieto

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? *

51647564

4. ¿Cuál es su número de celular?

321 401 0384

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * myriam.prieto54@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cl 77a bis #114a-07

7. ¿Cuál es su edad? * 63

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?

☐ No

☐ Sí

→ ¿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? *

☐ Sí

→ 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)? *

**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)?* _____

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)? * _____

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

2158

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

14

¡Gracias por su tiempo!

"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 DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Myriam Prieto mayor de edad e identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51647564 de Bogotá DC y domiciliado en el barrio Gran Brindis, 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 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: eddy

Nombre: eddyman p de flores

C.C.: 51647564

Teléfono: 3214010384

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3202423555

Dirección: Cll 774bis F114A07



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2260

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.647.564**
PRIETO De MORENO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES
Myriam D de Moreno

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-1959**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-JUN-1981 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00015281-F-0051647564-20080619 0000543653A 1 1200001461



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MYRIAM PRIETO DE MORENO identificado(a) con CC 51647564 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/06/1997
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO CIUDADELA COLSUBSIDIO
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 04 días del mes agosto 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.

FACTURA POR 2 MESES



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ



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

Datos del usuario
MYRIAM PRIETO DE MORENO
CL 77A BIS 114A 07

ENGATIVA
GRAN GRANADA

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND. HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0
ZONA:	2	CICLO:	G2
		ruta:	G22258A
Datos del medidor			
MARCA:	IBERCONTA	NÚMERO:	95144056
TIPO:	VELO015B	DIÁMETRO:	1/2

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10978247

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

11639871216

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$124.240

Fecha de pago oportuno

AGO/10/2023

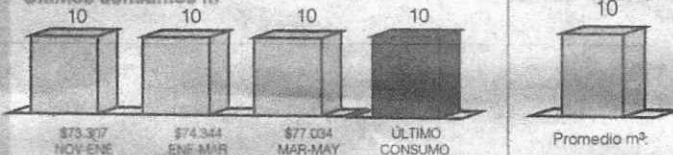
Fecha de suspensión

AGO/15/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	3735	CONSUMO (m³)	10
LECTURA ANTERIOR:	3739		
FACTURADO CON:	Consumo Prom histórico	Descargue fuente externa	0

Últimos consumos m³



Período facturado

MAY/11/2023 - JUL/10/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/30/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (Om3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo		(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total									
Acueducto												
Cargo fijo residencial	1	\$17.061,04	\$17.061	\$2.559-	\$14.501,88	\$14.502	Ajuste a la Decena				\$5	
Consumo residencial básico	10	\$3.329,01	\$33.290	\$4.993-	\$2.829,68	\$28.297	Intereses de mora				\$90	
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Acueducto			\$80.351	\$7.552-		\$42.769	Subtotal Otros Cobros				\$35	
Alcantarillado							Otros conceptos que adeuda				Valor Total	
Cargo fijo residencial	1	\$8.109,48	\$8.109	\$1.216-	\$6.893,07	\$6.893						
Consumo residencial básico	10	\$3.423,84	\$34.238	\$5.135-	\$2.910,27	\$29.103						
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Alcantarillado			\$42.347	\$6.351-		\$35.996	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)

\$78.880

CONSUMO MES

\$39.398

CONSUMO DÍA

\$1.292

Cuidar el agua
es cuidar la vida



1 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha



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



3 Usa la lavadora con la carga completa



4 Revisa los grifos y si detectas fugas, repáralas a tiempo



5 Utiliza con moderación el agua en los labores de aseo del hogar



NEGATIVE EXPEDITION 29.07.2023

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

2263

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490 - 2023

Natación,

1-08-2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Carlos Eduardo Garzón Cardozo

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? *

19285498

4. ¿Cuál es su número de celular?

312 4975820

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

mirtova123@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cra. 89b # 75-92

7. ¿Cuál es su edad? *

64

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2764

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

L

¡Gracias por su tiempo!



2265

"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 E. Gorton Cordozo mayor de edad e identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 19285498 de Bogotá y domiciliado en el barrio Natación, 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Carlos E. Gorton C.
Nombre: Carlos E. Gorton C.
C.C: 19285498
Teléfono: 312 497 5820
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 319 219 4896
Dirección: K 89B #75-92



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2266

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.285.498**
GARZON CARDOZO

APELLIDOS
CARLOS EDUARDO

NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1957**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-OCT-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA



A-1500150-01213314-M-0019285498-20210210 0073337056A 1 9914639400

2267

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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

A04 ARC No. **C 19285498**
GARZON CARDOZO CARLOS EDUARDO

AFILIADO: TOVAR RIAÑO MYRIAM
C 51724795
Unidad de Atención: **5101 CENTRO DE MEDICINA NAVAL**

Usuario: **CONY** Discapacidad: **Ninguna**
Afiliación: **Jun 22 1999** Vence: **INDEFINIDO**

La EPS es hospital Militar
Central con los
Fuerzas Militares, ellos
no expiden Certifi-
cación de afiliación
porque emiten Carnet

 **A12348384** 100134990

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

Documento válido para uso Servicios Salud F.F.M.M. Según lo establece el Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes. Debe presentar Documento de Identidad y se debe verificar que el afiliado esté activo en el sistema.

En caso de pérdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el término de 48 horas.

Si este carné es encontrado por favor informar al PBX: **3 23 85 55. Fax: 565 79 77 de BOGOTÁ.**

Línea gratuita 01 8000 111 335

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

**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 los beneficios y la comodidad de desplazarte a los puntos de atención presencial. www.grupovanti.com/oficinavirtual

¡Ten presente!
Hay personas que quieren suplantar a Vanti para pedir dinero.



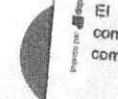
Con nuestros expertos

- No pagos en efectivo
- Pagos a través de tarjeta

Publicidad a cargo de Vanti

Medios de Pago

Paga a través de nuestra página www.grupovanti.com/pagos



Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el(los) cheque(s) son pagado(s) por el(los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el(los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta



*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.

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

Cuenta 0 **62966522**

Referencia de pago:

Cliente: CARLOS EDUARDO GARZON Ruta: 0011390203840005100
CARDOZO
Direccion: KR 89B 75 0092 01 Sector: SANTA ROSITA Código Sector 315
Municipio: BOGOTA Medidor No.:5007117-3298619
Codigo Postal: 000000 Lote: P18GN

vanti

\$ 3.828.000

DEL 29 DE JULIO AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Comprobante de Recaudos
ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogotá 024 Oficina Ccial Diver
80002402 ****8563 Horario Normal
CC**4322 28/07/23 10:43 Y 302
FIRMABOGOTA SA FISCUMAR CEC 1/82
PAQ 000051460060082008144028
Valor Efectivo: 940.000,00
Vr. Cheq: 0.00
Valor ND: 0.00
Valor Total: 940.000,00
2121 21641RecaudoWebService1

VALOR \$

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2018)

*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria del 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 o fijos

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 678 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794

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

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 de cualquier lugar y hora. Más información en: www.grupovanti.com/eficiencia

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

Con nuestros expertos:

- No pagos en efectivo
- Pagos 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

Escanean para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatría
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. E.S.P.

Cuenta o Referencia de pago: **62966522**

vanti
nada formas de avanzar
Vanti S.A. E.S.P.

Cliente: CARLOS EDUARDO GARZON
CARDOSO
Dirección: KR 89B 75 0092 01
Municipio: BOGOTÁ Sector: SANTA ROSITA Código Sector 315
Código Postal: 000000 Lote: P18GN Medidor No.: 5007117-3298619

Ruta: 0011390203840005100

vanti
Listo

CUPON DISPONIBLE
\$ 3.828.000

DEL 29 DE JULIO AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2023

AGOSTO
ALKOSTO
ANIVERSARIO

Con tu cupo **vanti** *Listo*

Aprovecha las ofertas de aniversario comprando con tu cupo Vanti Listo y pagando cuotas a través de tu factura de gas.

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 los términos 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 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

Línea de Atención de Emergencia:
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.

2269

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023.

Natación

4-08-2023.

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Elizabeth Arias Lombo.

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? *

41' 644.790

4. ¿Cuál es su
número de celular? *

3204551189

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

helenavalbuena@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

cr 84 # 68 A 70

7. ¿Cuál es su edad? *

69

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2270

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

XL

¡Gracias por su tiempo!

"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 Elizabeth Arias Lombo mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41644790 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio La Clavita, 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Elizabeth Arias
Nombre: Elizabeth Arias Lombo
C.C: 41644790
Teléfono: 3204551189
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3143500080
Dirección: Cr 84 #68 A 70.

2272

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.644.790**

ARIAS LOMBO

APELLIDOS
ELIZABETH

NOMBRES

Elizabeth Arias Lombo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1953**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

19-DIC-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01148135-F-0041644790-20200722 0071304393A 1 9912673251



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1953

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

19-DIC-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01148135-F-0041644790-20200722

0071304393A 1

9912673251

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILLIAM ALBERTO LONDOÑO BELTRAN identificado con CC 80019157 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 05/10/2016
IPS Cotizante: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A
Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ANA HELENA VALBUENA ARIAS	CC 52184501	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	2° COTIZANTE	02/12/2017	ACTIVO
JUAN DAVID LONDOÑO VALBUENA	TI 1141126117	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	05/10/2016	ACTIVO
ELIZABETH ARIAS LOMBO	CC 41644790	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	31/10/2019	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE**, a los 31 días del mes de julio del año 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.



defensor@enel.com | denuncias@enel.com

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 Escribenos a defensor@enel.com o denuncias@enel.com
- 4 Trabajaremos en una solución para tu solicitud.



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/seccion/Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115
Orbita 24 horas

DENUNCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
<http://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.htm>
defensor@enel.com



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual



Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

CONRED

etacil

Reval

PARA TODOS

Bancolombia

4x72

El servicio 60 envíos de Colombia

MOVIED

puntered

RED CADE

enel

Almacenes de Cadena

Jumbo

Metro



** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recado 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 SUPERCAD Suba, SUPERCAD Bosa y CADE Toberrin.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: JUN/2023
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 Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mWh. Somos autorentadores según Resolución No. 0547 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 éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8600 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

* Sobre el acto de suspensión proceda el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio. En cumplimiento de la resolución CREG 156111 contable gres.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, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8600 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 25 JUL/2023



Bogotá

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



PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0575996-7

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 732897261-3

CLIENTE

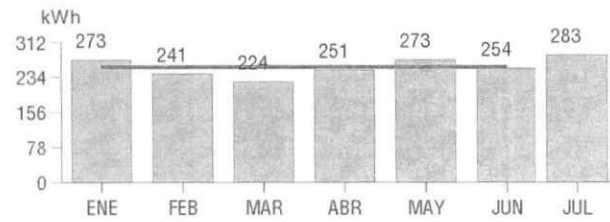
SOC CONSTRUCT BTA
KR 84 NO 68 A - 70

BOGOTÁ, D.C.
SANTA HELENITA



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO \$798.50

CONSUMO DIARIO: 8.3 kWh

VALOR DIARIO: \$6,188

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 257 kWh

PERIÓDO FACTURADO: 17 JUN/2023 A 21 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 34

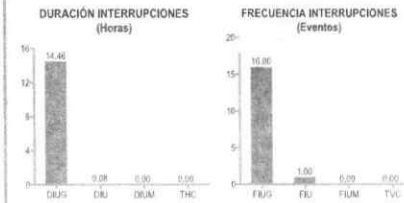
CONSUMO MES 283 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA kW: 11
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 3000 5 18 504 0899
RUTA LECTURA: 3000 5 18 509 0182
MANZANA DE LECTURA: MS00560850
MEDIDOR NO: 3119
MEDIDOR NO:

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 4658TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 DT: 219.62 CF: 273 MC: 0 MF: 1 %t: 16
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>

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

2295

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490 - 2023

Natación

1-08-2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Myriam Tovar Riaño

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? *

51724795

4. ¿Cuál es su número de celular?

3192194896

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

mirtova123@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cra. 89b #75-92

7. ¿Cuál es su edad? *

60

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)?* _____

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

2776

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

L

¡Gracias por su tiempo!



2277

"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 Yuliana Tovar Rincón mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51924795 de Bogotá y domiciliado en el barrio Florencia, 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: [Firma]
Nombre: Yuliana Tovar R
C.C: 51924795
Teléfono: 3192194896
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3124975820
Dirección: K 89B # 75-92



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2278

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.724.795**

TOVAR RIAÑO

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1964**

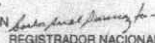
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-NOV-1982 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00011243-F-0051724795-20080605 0000363802A 1 1550003628

2279.



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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

No. C 51724795 ARC

A04 Pensionado
TOVAR RIAÑO MYRIAM

Unidad de Atención: 5101 CENTRO DE MEDICINA NAVAL
Usuario: 06
Discapacidad: Ninguna
Afilación:
Vence: 11

Lo EPS es con el Hospital Militar
con las fuentes militares.
ellos emiten el carnet, por
eso no entregan Certificado
de afiliación.

100134800

A12348383

ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE.

Documento válido para uso Servicios Salud F.F.M.M. Según lo establece el Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes. Debe presentar Documento de Identidad y se debe verificar que el afiliado esté activo en el sistema.

En caso de pérdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el término de 48 horas.

Si este carné es encontrado por favor informar al PBX: 3 23 85 55. Fax: 565 79 77 de BOGOTÁ.

Línea gratuita 01 8000 111 335

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

Elaboración de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Nuestro consumo de energía se produce en un 100% por la energía solar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero.

Emisión energética

Reducción de emisiones de gases de efecto invernadero.

Con nuestros expertos:

- Pagos en efectivo
- Pagos a través de la factura

Comuníquese con nosotros:
Línea de atención al Cliente
601 3078121

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarlos para pedir dinero.

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

Permite adicionalmente inscribir a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Red CADE
Corresponsales Banco Davivienda

Grandes Superficies; Metro, Jumbo, Éxito

Si cancela con cheque, éste debe ser de Vanti S.A. E.S.P.

CANAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.072-2

Cuenta

Referencia de pago: 62966522

Vanti S.A. E.S.P.

Cliente: CARLOS EDUARDO GARZON

Ruta: 0011390203840005100

Código Sector: 315

Municipio: BOGOTÁ

Código Postal: 000000

Lote: P18GN

Medidor No.: 5007117-3298619

Vanti

CLASE CREDITICIA

\$ 3.828.000

DEL 29 DE JULIO AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2023

AGOSTO

ANIVERSARIO

Con tu cupo

LISTO

Consulte tu cupo

en www.vantilisto.com

Aprovecha las ofertas de aniversario comprando con tu cupo Vanti Listo y paga a cuotas o troves de tu factura de gas.

Información de líneas: A partir del 1 de septiembre ten en cuenta el nuevo esquema de marcación desde teléfonos móviles e fijos.

Línea de Atención al Cliente: Bogotá (601) 3 078 121 • Bucaramanga (607) 6 854 755

Línea de WhatsApp: Bogotá (601) 3 078 121 • Bucaramanga (607) 6 854 755

Municipios: 01 800 942 794

24 horas Móvil y fijo

164

Síguenos como @grupovanti

Consulta nuestros puntos de atención

presentes en www.grupovanti.com

Declarar y pagar

C1

11424

2280

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 oficina virtual y disfruta de los beneficios de una atención personalizada sin salir de casa. Para más información visita: www.grupovanti.com/oficinavirtual

¡Ten presente!
Hay personas que quieren suplantar tu identidad para pedir dinero.

Con nuestros expertos

- No pagas en efectivo
- Pagas a través de la tarjeta

Publicidad a cargo de Vanti
Gasol

Medios de Pago
Paga a través de nuestra página web: www.grupovanti.com/pagos

PSE
Botón PSE Botón

Escanea para pagar tu factura

Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el(los) cheque(s) son pagado(s) por el(los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se revertirá y el(los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA	Corresponsales Banco Davivienda
Corresponsales Scotiabank Colpatría	Red CADE
Corresponsales Grupo Aval	Banco GNB Sudameris
	Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Cuenta o Referencia de pago: **62966522**

Cliente: CARLOS EDUARDO GARZON **Ruta:** 0011390203840005100

Dirección: KR 89B 75 0092 01

Municipio: BOGOTÁ **Sector:** SANTA ROSITA **Código Sector:** 315

Código Postal: 000000 **Lote:** P18GN **Medidor No.:** 5007117-3298619

vanti **Lista**

DEL 29 DE JULIO AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2023

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Valor Total: \$ 3.828.000

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogotá 024 Oficina Ccjal Diver
80002402 ****8563 Horario Normal
CC**4326 28/07/23 10 43 1302
FIC#BOGOTÁ SA FIC#SUMAR CEC 1782
FIC#00005146000000000000000000000000
Valor Efectivo: 940.000,00
Vr. Cheq: 0.00
Valor ND: 0.00
Valor Total: 940.000,00
2121 21641RecaudoWebService1

VALOR \$

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

*Vanti Lista es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria. Consulta las políticas de financiación en: vantilista.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 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	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.

2281

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

04 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Sergio Erik Serrano Aguilar.

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? *

1014277037

4. ¿Cuál es su número de celular?

3157484453.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

serranoaguilar.sergio@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cra 102 # 70-76 casa 15

7. ¿Cuál es su edad? *

27

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)? *

Sara Valeria Serrano Molina.

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nup ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1014 30 40 46

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?*

- ☐ Sí ¿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)?

3157 48 44 53

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

seruno.aguilar.sergio@gmail.com

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

2782

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 102 # 70-76 casa 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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 informal
☐ 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 10.

¡Gracias por su tiempo!



2283

"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 Sergio Erik Serrano Aquino identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014277037 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Alonso, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Notación 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 D.C. a los 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre padre ☒, tutor cuidador

Nombre: Sergio Erik Serrano Aquino

C.C: 1014277037

Teléfono: 3157484453

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: Cra 102 #170-76 casa 15

Sara Valeria Serrano Molina

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1014304046



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2784

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.277.037**

SERRANO AGUILAR

APELLIDOS

SERGIO ERIK

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1996**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73

ESTATURA

O+

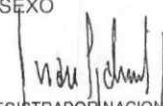
G.S. RH

M

SEXO

19-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00975746-M-1014277037-20180206

0059411316A 1

9903196997

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	RC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1014304046
NOMBRES	SARA VALERIA
APELLIDOS	SERRANO MOLINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	23/05/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/04/2023 10:01:50 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

Se suspendió el servicio por falta de pago, cuando se le avisó, en un caso en el que se le informó de inmediato a la empresa con el fin de que se procediera al pago de la tarifa correspondiente, pero no se hizo caso de la advertencia. Se le avisó una vez más y se suspendió el servicio. Los clientes que no pagan por el servicio de televisión por cable, deben pagar los servicios de televisión por cable, pero no pagan los servicios de televisión por cable.

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

2287

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción: 25 SEP

490 - 2023

Natación adolescentes

04 de Agosto 2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Luz Adriana Rodriguez Pulido

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? *

51.950.832

4. ¿Cuál es su número de celular?

3177191697

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

adr201073@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Kv 108 # 68 C - 31

7. ¿Cuál es su edad? *

54

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)? *

Lady Tatiana Bello Rodriguez

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 ☐ Nup ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1028 864416

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)?

3177391697

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

adr201073@hotmail.com

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

2288

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

V-108 H 68 C-31

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!



2289

"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 Luz Adriana Rodríguez P. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51950832 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villas de San Mateo (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Luz Adriana Rodríguez Pardo

C.C: 51950832

Teléfono: 3177391697

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3177391697

Dirección: Ver 108 #68C31

Lady Tatiana Bello Rodríguez

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1028864416



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2790

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.028.864.416

BELLO RODRIGUEZ

APELLIDOS

LADY TATIANA

NOMBRES



Lady Bellorodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

29-ENE-2008

LUGAR DE NACIMIENTO
29-ENE-2026

FECHA DE VENCIMIENTO
25-FEB-2015 BOGOTA D.C.

O+ F
G S RH SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Abel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00724189-F-1028864416-20150721

0045175714A 1

1283291965

2791

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.950.832**

RODRIGUEZ PULIDO

APELLIDOS

LUZ ADRIANA

NOMBRES


FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1969**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-OCT-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00127498-F-0051950832-20081113 0005905661A 1 1270020943



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LADY TATIANA BELLO RODRIGUEZ identificado(a) con TI. 1028864416 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2011/11/03
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 04 días del mes de 08 del año 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.

RECUPERDA LOS BENEFICIOS QUE TIENE TU FACTURA VIRTUAL.

Si ya recibiste la factura virtual de Enel te invitamos a pagarla a través de los diferentes medios virtuales:

Botón de Pago en
www.enel.com.co o
app Enel Cliente Colombia

NÚMERO DE CREDITO
4434932-1
FOLIO DE SERVICIO PÚBLICO ENL
73007328-9



PAGO OPORTUNO
11 JUL/2023
TOTAL A PAGAR
\$96,950

PAGO TOTAL PRODUCTOS MES		\$12.900
PAGO MÍNIMO MES		
PRODUCTO DE	Enel X JUL/2023	\$12.900
PRODUCTO A PAGAR	PRODUCTO ADQUIRIDO	
PRODUCTO: Enel X		
Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia		
LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MOROSIDAD ES DE 44.84% E.A.		
DETALLE PRODUCTOS Y SERVICIOS - NO VALIENDO PARA FACTURAS PAIDOS		
<p>1 TOTAL ENERGÍA \$64.050</p> <p>2 TOTAL OTROS \$12.900</p>		
<p>OTROS COBROS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS</p> <p>PAID TOTAL \$76.950</p>		
<p>PAID OPORTUNO 11 JUL/2023</p> <p>PAID DE SUSPENSIÓN 13 JUL/2023</p> <p>PAID DE SUSPENSIÓN 11 JUL/2023</p>		

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros

1. A través de nuestros líneas telefónicas: 800 5 138 115, números digitales o extensiones de emergencia.

2. Por correo electrónico: clientes@enel.com.co

3. Por chat en línea: www.enel.com.co

4. Visitando nuestra oficina de atención al cliente.

CONFIRMACIÓN

1. El pago se realizó correctamente.

2. El pago se realizó dentro de los términos de pago.

3. El pago se realizó a través de la plataforma virtual.

4. El pago se realizó a través de la plataforma virtual.

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA

Consumo mensual (kWh): 171

Consumo diario (kWh): 5.7

Consumo horario (kWh): 0.2

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Traslucido

FECHA DE LECTURA: 2023-07-04 04:14

FECHA DE SUSPENSIÓN: 2023-07-13

FECHA DE SUSPENSIÓN: 2023-07-11

CAJÓN DEL SERVICIO

Medidor No. 2000 5 03 04 1014

Medidor No. 2000 5 03 04 1014

Medidor No. 2000 5 03 04 1014

CUENTA

LUZ Adriana Rodríguez Pulido

BOGOTÁ D.C.

FACHADA

KM 109 NO 68 C 31

SAN ANTONIO ENIGATIVA

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS ENL 73007328-9

4434932-1

03/12

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

2294

Número de contrato 490 - 2023 Nombre de la escuela de formación en la que participa. Notación Fecha de la inscripción: 2:58 pm 04 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? * Jorge Mauricio Rodriguez Obregoso

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? * 80.495.236

4. ¿Cuál es su número de celular? 3143259500

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Kva 105 N° 71A - 50 7. ¿Cuál es su edad? * 51

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)? *

Erick Samuel Rodriguez Paralta

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

104 960 4900

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)?

3114573445

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

samurocl7@gmail.com

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

2295

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

K19105 NO 77A - 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

5

¡Gracias por su tiempo!



2796

"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 Jorge Mauricio Rodríguez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80495236 de Tunja y domiciliado en el barrio Boquer, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA volacion 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: ☒ sí ☐ no ()

Se firma en Boquer a los 4 días del mes de agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre padre ☒, tutor cuidador

Nombre: Jorge Mauricio Rodríguez

C.C: 80495236

Teléfono: 3143259500

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3114573445

Dirección: Kia 103 W 71A - 50

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Samuel Rodríguez

Número de identificación 01964900



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2297

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.019.604.900**
RODRIGUEZ PERALTA

APELLIDOS
ERICK SAMUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

12-MAY-2006

LUGAR DE NACIMIENTO
12-MAY-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

26-ENE-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

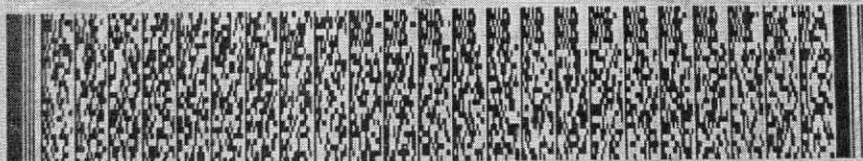
O+

G S RH

M

SEXO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00671501-M-1019604900-20150220

0043090301A 1

1113248570

2298

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.495.236**
RODRIGUEZ OBREGOSO

APELLIDOS
JORGE MAURICIO

NOMBRES

Jorge M. Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1972**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

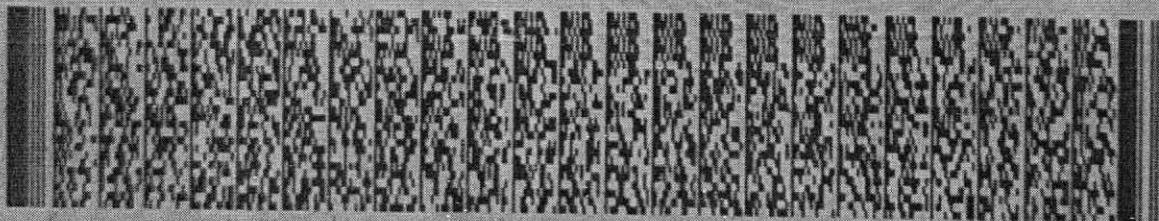
SEXO

30-JUL-1991 FUNZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00001501-M-0080495236-20080321

0000039774A 1

1670022101



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ERICK SAMUEL RODRIGUEZ PERALTA identificado(a) con TI 1019604900 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios: 09/10/2013

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO TIERRA GRATA

Categoría: SISBEN-1

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de enero del año 2022.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Actualizaremos nuestra plataforma de facturación, recaudo y cobranza

1. Actualización de la plataforma de facturación, recaudo y cobranza.
2. Actualización de la plataforma de facturación, recaudo y cobranza.
3. Actualización de la plataforma de facturación, recaudo y cobranza.



ENEL Bolivia

App ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia

ENEL Bolivia



Bolivia

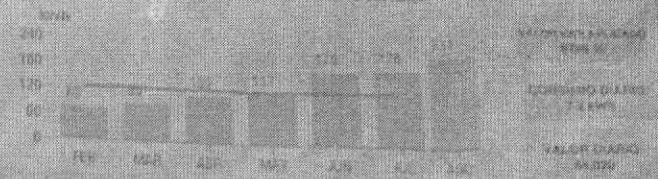
2013252-4

CLIENTE

MISAE PAROD RONCANCIO
 101 108 NO 71 A - 30 AP 200
 PISO 2
 BOGOTA D.C.
 BOLIVIA



COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGIA

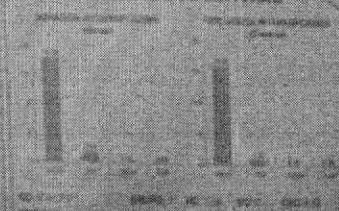


PERIODO FACTURADO: 20 JUN 2023 A 27 JUL 2023
 DIAS FACTURADOS: 28
 CONSUMO MES: 211 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
 ESTRATO: 1
 CARGA KW: 10
 FACTOR: 1
 RUTA REPARTO: 300015 04 500 2012
 RUTA LECTURA: 300015 03 010 0000
 MANZANA DE LECTURA: MS0010140
 MEDIDOR NO: 7530
 MEDIDOR NO:

CALIDAD DEL SERVICIO



Asegure de que sus sellos de caché de la cuenta de la moneda estén impreso y claro muy bien, para que la transacción pueda ser convalidada.

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

2301

Cédula

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Notación

04 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Cesar Guillermo Olaya Delgado

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? *

80.010.372

4. ¿Cuál es su
número de celular? *

301 885 4624

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

CesarOlaya2020@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Calle 15D # 65B-04

7. ¿Cuál es su edad? *

44

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? *

☐ No

☒ Sí

→ ¿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? *

☒ Sí

→ 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)? *

Sol Velasco Olaya Martinez

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1.023.167.577

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

11 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)?

301 7676901

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

No aplica

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

2307

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 1157 #65B-04

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☐ 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!

"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 Cesar Guillermo Olaya identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 88.010.312 de Bogotá y domiciliado en el barrio Anteriana (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Nafocoris 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 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza: Madre ☒ padre ☒ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Cesar Guillermo Olaya Defago

C.C: 88.010.312

Teléfono: 3218854624

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3124553761

Dirección: Carrera 115D #65B-04

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Sol Valeria Olaya Martinez

Número de identificación 1.023.162.577

2304

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.023.167.577
OLAYA MARTINEZ
APELLIDOS
SOL VALERIA
NOMBRES
SolValeria Olaya
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-JUN-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
02-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ G S RH
F SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACHA



P-1500150-01083488-F-1023167577-20190712 0066340196A1 1625548021

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	1023167577
NOMBRES	SOL VALERIA
APELLIDOS	OLAYA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	11/06/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 12:43:02	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**,

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
 EVANGELISTA OLAYA
 KR 115D 65B 04

 ESTRATO: 2 CL: UN
 UNO HABIT./FAMILIAS: 1 UN

ZONA: 2 CICLO: C2

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 97022603

 ENGATIVA
 ENGATIVA ZONA URBANA

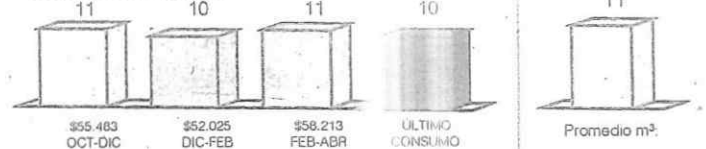
 0: Residencial
 ITACIONAL: 0

RUTA: C22096B

VELO015B DIÁMETRO: 1/2

Datos del consumo
 ÚLTIMA LECTURA: 1998
 LECTURA ANTERIOR: 1988
 FACTURADO CON: Consumo Normal

Últimos consumos m³

**CUENTA CONTRATO**

Número para cualquier consulta

10991981

 Factura de Servicios Públicos No.
 Número para pagos

13019162711

TOTAL A PAGAR
 Agua + Alcantarillado + Aseo (se aplica ver al respaldo)
 + Cobro Terceros (se aplica ver al respaldo)
\$98.086

Fecha de pago oportuno

JUL/28/2023

Fecha de suspensión

AGO/02/2023

Resumen de su cuenta
 FECHA DE EXPEDICIÓN: JUL/13/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: SI 2/20/2023
 RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo		(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	Interés	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total							
Acueducto										
Cargo fijo residencial	1	\$16.914,50	\$16.915	\$6.766-	\$10.148,70	\$10.149	Ajuste a la Decena Ben. Min. Vital Total		\$2	
Consumo residencial básico	10	\$3.300,65	\$33.007	\$13.203-	\$1.900,39	\$19.804			\$19.804-	
Consumo residencial superior a básico										
Cargo fijo no residencial										
Consumo no residencial (m3)										
Subtotal Acueducto ①			\$19.922	\$19.969-		\$29.953-	Subtotal Otros Cobros		\$19.802-	
Alcantarillado							Otros conceptos de deuda		Valor Total	
Cargo fijo residencial	1	\$8.009,83	\$8.040	\$3.216-	\$4.823,90	\$4.824				
Consumo residencial básico	10	\$3.395,17	\$33.952	\$13.581-	\$2.037,10	\$20.371				
Consumo residencial superior a básico										
Cargo fijo no residencial										
Consumo no residencial (m3)										
Subtotal Alcantarillado ②			\$11.992	\$16.797-		\$25.195	Total otros conceptos			\$0

 Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m
 Período actual
\$19.804-

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

\$35.346

CONSUMO MES
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$20.775

CONSUMO DÍA
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$935

el agua
 es de pagar la cuenta


1 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha



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



3 Usa la lavadora con la carga completa



4 Revisa los grifos y si detectas fugas, repáralos o témpalos



5 Aléxalo con el agua fría

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

2307

Cedulas

Número de contrato Nombre de la escuela de formación en la que participa. Fecha de la inscripción:

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

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? * 4. ¿Cuál es su número de celular?

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * 7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ☐ No ☒ Sí → ¿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? ☒ Sí → 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)? *

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1.233.689.900

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)?

3017672901

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

No aplica

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

2308

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 115 # 65 B - 04

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

¡Gracias por su tiempo!

"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 Cesar Guillermo Olaya D Identificado (a) con la cédula de
ciudadanía No. 80.010.312 de Bogotá y domiciliado en
el barrio Integración, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en
condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION
DEPORTIVA Notación 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 04 días del mes de Agosto de 2023.

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

Nombre: Cesar Guillermo Olaya Delgado

C.C: 80.010.312

Teléfono: 361 885 4624

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 312 455 3761

Dirección: Carrera 115 D # 65 B-04

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Sara Fabiola Olaya Martínez

Número de identificación 1.137.689.906

2310

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.233.689.902

OLAYA MARTINEZ

APELLIDOS

SARA GABRIELA

NOMBRES

Sara Olaya Martinez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-2016

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-FEB-2034

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

GRUPO SANGUÍNEO

F

SEXO

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

HEMISFERIO NACIONAL
ALEXANDER VEGAPOCHA

INDICIO DERECHO



P-1500150-01352710-F-1233689902-20230426

Q106005274A.1

8507B970B5

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	1233689902
NOMBRES	SARA GABRIELA
APELLIDOS	OLAYA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	08/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/02/2023 12:41:20 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**,

FACTURA POR 2 MESES



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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



Datos del usuario
EVANGELISTA OLAYA
KR 115D 65B 04

ENGATIVA
ENGATIVA ZONA URBANA

ESTRATO: 2 CLASE DE USO: Residencial
UNID HABIT./FAMILIAS: 1 UNID HABITACIONAL: 0
ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22096B
Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 97022603 TIPO VELO015B DIÁMETRO: 1/2

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10991981

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

13019162711

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$98.086

Fecha de pago oportuno

JUL/28/2023

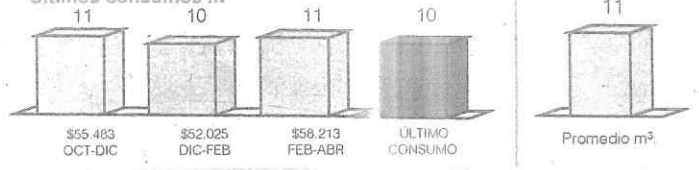
Fecha de suspensión

AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1998	CONSUMO (m³)	10
LECTURA ANTERIOR:	1988		
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		(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total									
Acueducto												
Cargo fijo residencial	1	\$16.914,50	\$16.915	\$6.766-	\$10.148,70	\$10.149	Ajuste a la Decena				\$2	
Consumo residencial básico	10	\$3.300,65	\$33.007	\$13.203-	\$1.980,39	\$19.804	Ben. Min. Vital Total				\$19.804-	
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Acueducto ①			\$19.922	\$19.969-		\$29.953	Subtotal Otros Cobros	3			\$19.802-	
Alcantarillado												
Cargo fijo residencial	1	\$8.039,83	\$8.040	\$3.216-	\$4.823,90	\$4.824	Otros conceptos que adeuda				Valor Total	
Consumo residencial básico	10	\$3.395,17	\$33.952	\$13.581-	\$2.037,10	\$20.371						
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Alcantarillado ②			\$11.992	\$16.797-		\$25.195	Total otros conceptos que adeuda				\$0	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³.
Periodo actual

\$19.804-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS 1 + 2 + 3 + 4 \$35.346 CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO \$27.574 CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO \$935

Cuida el agua
es cuidar la vida



1 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha



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



3 Usa la lavadora con la carga completa



4 Revisa los grifos y si detectas fugas, repáralas a tiempo



5 Utiliza con moderación el agua en las labores de aseo del hogar



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

2313

ced012

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Notación

04 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Claudia Fajardo Merchan

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? *

1016044988

4. ¿Cuál es su número de celular?

3193321142

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

claudiafajardo1239@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

calle 63c #120-30

7. ¿Cuál es su edad? *

32

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)? *

Dixon Gonzalez Fajardo

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)?*

1233690023

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)?

3193321142

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

claudia.fapardo1234@hotmail.com

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

2314

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

c/ 63c # 120 - 30

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☐ 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!

"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 Fajardo Merchan Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1016044988 de Bogotá y domiciliado en el barrio Engativá C (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Notación 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 10:58a días del mes de 04/08/23 de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre , tutor cuidador

Nombre: Claudia Fajardo

C.C: 1016044988

Teléfono: 3193321142

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: c1163c#120-30

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Dilan Gonzalez Fajardo
Número de identificación 1233690023



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

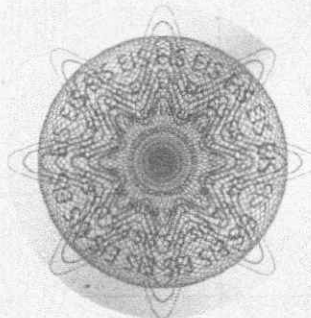
CONTRASEÑA



ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRADURIA REGISTRADURIA REGISTI
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

PRIMERA VEZ TI

1.233.690.023



APELLIDOS / NOMBRES

**GONZALEZ FAJARDO
DILAN**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

**02-MAR-2016
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN

02-MAR-2023

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 02-SEP-2023**

**8507479921
02-MAR-2023**

2317



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	1233690023
NOMBRES	DILAN
APELLIDOS	GONZALEZ FAJARDO
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 -CM	SUBSIDIADO	02/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/04/2023 09:57:23 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**,



Reserva con antelación en Bogotá c...
Ad • Déjate seducir en Bogotá por nuestros...



CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

000011067737

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

10943583616

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro de terceros (si aplica ver al respaldo)

\$ 250.025

Fecha de pago oportuno

JUL/28/2023

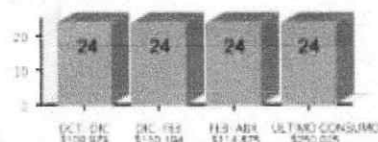
Fecha de suspensión

AGO/02/2023

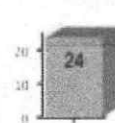
Datos del consumo

ULTIMA LECTURA 4215 CONSUMO (m³) 24
LECTURA ANTERIOR 4215
FACTURADO CON Consumo promedio Descargue fuente externa 0

Últimos consumos m³



Promedio 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-753/2016

(0 m³ - 22 m³)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Valor Total	(-)Subsidio (+)Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Acueducto							Ajuste a la Decena					
Cargo fijo residencial	1	\$16.914,5	\$16.915	\$6.766-	\$10.148,7	\$10.149	Ben. Mín. Vital Total				\$23.765-	
Consumo residencial básico	22	\$3.300,65	\$72.614	\$29.045-	\$1.980,39	\$43.569	Intereses de mora				\$70	
Consumo residencial superior a básico	2	\$3.300,65	\$6.601	\$0	\$3.300,50	\$6.601						
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m ³)												
Subtotal Acueducto 1			\$96.130	\$35.811-		\$60.319	Subtotal Otros Cobros 6				\$23.894-	
Alcantarillado							Otros conceptos que adeuda				Valor Total	
Cargo fijo residencial	1	\$8.039,83	\$8.040	\$3.216-	\$4.823,93	\$4.824						
Consumo residencial básico	22	\$3.395,17	\$74.694	\$29.878-	\$2.037,10	\$44.816						
Consumo residencial superior a básico	2	\$3.395,17	\$6.790	\$0	\$3.395,00	\$6.790						
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m ³)												
Subtotal Alcantarillado 2			\$89.524	\$33.094-		\$56.430	Total otros conceptos que adeuda					

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³.
Período actual

\$23.765-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS 1 + 2 + 3 + 4 \$93.055

CONSUMO MES
AGUA Y ALCANTARILLADO \$58.375

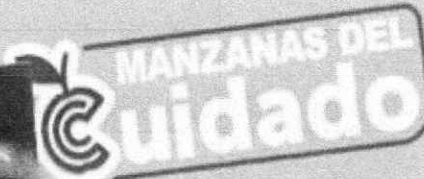
CONSUMO DÍA
AGUA Y ALCANTARILLADO \$1.979

¡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>



Bogotá
tiene mucho que
contar





Cobro a terceros		CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

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

2319

Cedula

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2013

Natación

04 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Jenny Mayeily Vargas Torres

2. ¿Cuál es su tipo documento? *

☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia
☐ Otro ¿Cuál? 1014209802

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

1014209802

4. ¿Cuál es su número de celular? *

3014860656

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

Fokis09@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cll 66 C#125-73

7. ¿Cuál es su edad? *

34

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)? *

Dylan Leonardo Romero Vargas

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)?*

1233692797

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

6 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? Primario

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)?

3014860656

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

— 0 —

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

2320

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 C # 125-14

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

**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 informal
☐ 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!

"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 Jenny Meryly Vargas Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014209802 de Bogotá y domiciliado en el barrio Engativá, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Notación 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 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre , tutor cuidador

Nombre: Jenny Meryly Vargas

C.C: 1014209802

Teléfono: 3014860656

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: 3177525039

Dylan Romero Vargas

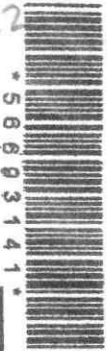
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1233692797

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.233.692.797

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56693141

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E T Y

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR ENGATIVA SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido ROMERO Segundo Apellido VARGAS

Nombre(s) DYLAN LEONARDO

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes DIC Día 13 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 13853843-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VARGAS TORRES JENNY MAYERLY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.014.209.802

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ROMERO SANCHEZ LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.846.321

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROMERO SANCHEZ LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.846.321

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 ENE Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza YEINY ALEXANDRA GIRALDO E.F. - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

- ORIGINAL P. OFICINA DE REGISTRO -

ESPACIO PARA NOTAS

06.ENE.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO B FOLIO 243.



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233692797
NOMBRES	DYLAN LEONARDO
APELLIDOS	ROMERO VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/*
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/01/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/04/2023 09:55:44	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".

Cuenta o
Referencia de pago:

62322533

vanti

Más formas de pagar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: JUAN DAVID CARRILLO

Ruta: 0011760143450005100

Direccion: KR 125 66C 0014 01

Municipio: BOGOTA

Sector: ENGATIVA

Código Sector 412

Codigo Postal: 000000

Lote: P12GN

Medidor No.: 5007109-488538

vanti

CUPÓ DISPONIBLE

*Desde el 20 de junio
al 31 de julio participa
por una de las

10 primas

que regalaremos por compras
iguales o superiores a
\$2.000.000*

Aprovecha el extracupo de **\$800.000**

Usa tu cupo en nuestros aliados:

AO HDPQ MINCA Hero Merpes doctor flamingo

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 señalados en la política de financiación; consulta 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.

2325

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

3:45 pm

490 - 2023

Natación

04 de Agosto 2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

María Ines Siachogue Lopez

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? *

41565.051

4. ¿Cuál es su número de celular?

3124525045

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

pequitas 633 @ Hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Calle 64A N° 105 D- 76

7. ¿Cuál es su edad? *

71

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2326

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!

"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 Maria Ines Siachoguel Lopez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41565051 de Bogotá y domiciliado en el barrio Muelle, 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:

Nombre: Ines Siachoguel Lopez

C.C: 41565051

Teléfono: 3124525645

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 314 214 3132

Dirección: Calle 64A N° 105D-76



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Para Inscripción
cupo piscina
2328

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

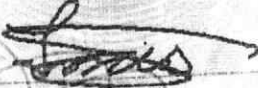
NUMERO **41.565.051**

SIACHOQUE LOPEZ

APELLIDOS

MARIA INES

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1952**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-ENE-1974 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00129899-F-0041565051-20081119

0006414134A 1

1560021962

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA INES SIACHOQUE LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **41565051**, se encuentra afiliado/a desde **07/01/1976** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de agosto de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



\$17,970



PAGO OPORTUNO

09 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN

11 AGO/2023

PAGO OPORTUNO
09 AGO/2023

TOTAL A PAGAR
\$17,970

NÚMERO
DE CUENTA

1646091-1

PRÓXIMA FECHA
DE LECTURA

29 AGO/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGÍA	26272	26227	45	\$798.50	\$35,933
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 45 kWh X	Valor kWh \$798.5036 X	Beneficio -50.00%		\$-17,967
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ \$820 DIARIOS					SUBTOTAL: \$17,966

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)

SUBTOTAL:

\$4

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de los productos y servicios a través de la APP, la Sistema Online en la página web o llamando al CENTRO VIRTUAL desde 8:00 am hasta 8:00 pm en la sección Respuesta.

\$17,970

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 \$89.356

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 Subestancia (0 - 130 Kwh/mes) es de \$399.2518 KWh

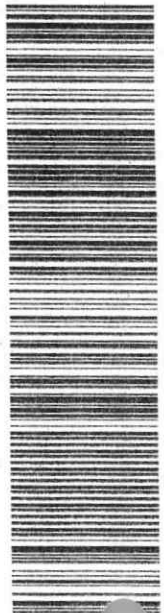


El cuidado se comparte.

Disfruta elevar cometa en espacios abiertos lejos de la red eléctrica, así evitarás accidentes y fallas en el servicio de energía.

NÚMERO DE CLIENTE
1646091-1

Factura de Servicios Públicos No.
733859615-8



(415177072099142538020)01164609117338596158(3900)00000000017970

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

2331

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción: 3:45 pm

490- 2023

Natación

04 de Agosto 2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Julieta Maritza Ruiz Pineda

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? *

39702131

4. ¿Cuál es su número de celular?

3125737498

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

Pequitas 633 @Hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

KARRERA 105 FN° 69 E 05

7. ¿Cuál es su edad? *

60

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)? *

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)?* _____

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)?* _____

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

2332

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!

"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 DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Luzbela M. Ruiz Pineda mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39702131 de Bogotá y domiciliado en el barrio San Juan acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA NACION 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 4 días del mes de agosto de 2023.

Firma: Luzbela M. Ruiz Pineda
Nombre: Luzbela Martha Ruiz Pineda
C.C.: 39702131
Teléfono: 3125737498
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3023026119
Dirección: K105 F. N° 67 E 05



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.702.131

RUIZ PINEDA

APELLIDOS

JULIETA MARITZA

NOMBRES

Julieta Ruiz Pineda

FIRMA



2334



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1962

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

23-FEB-1983 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00751535-F-0039702131-20150929

0046650894A 2

1713494730

Para Inscripción
Cupo piscina

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

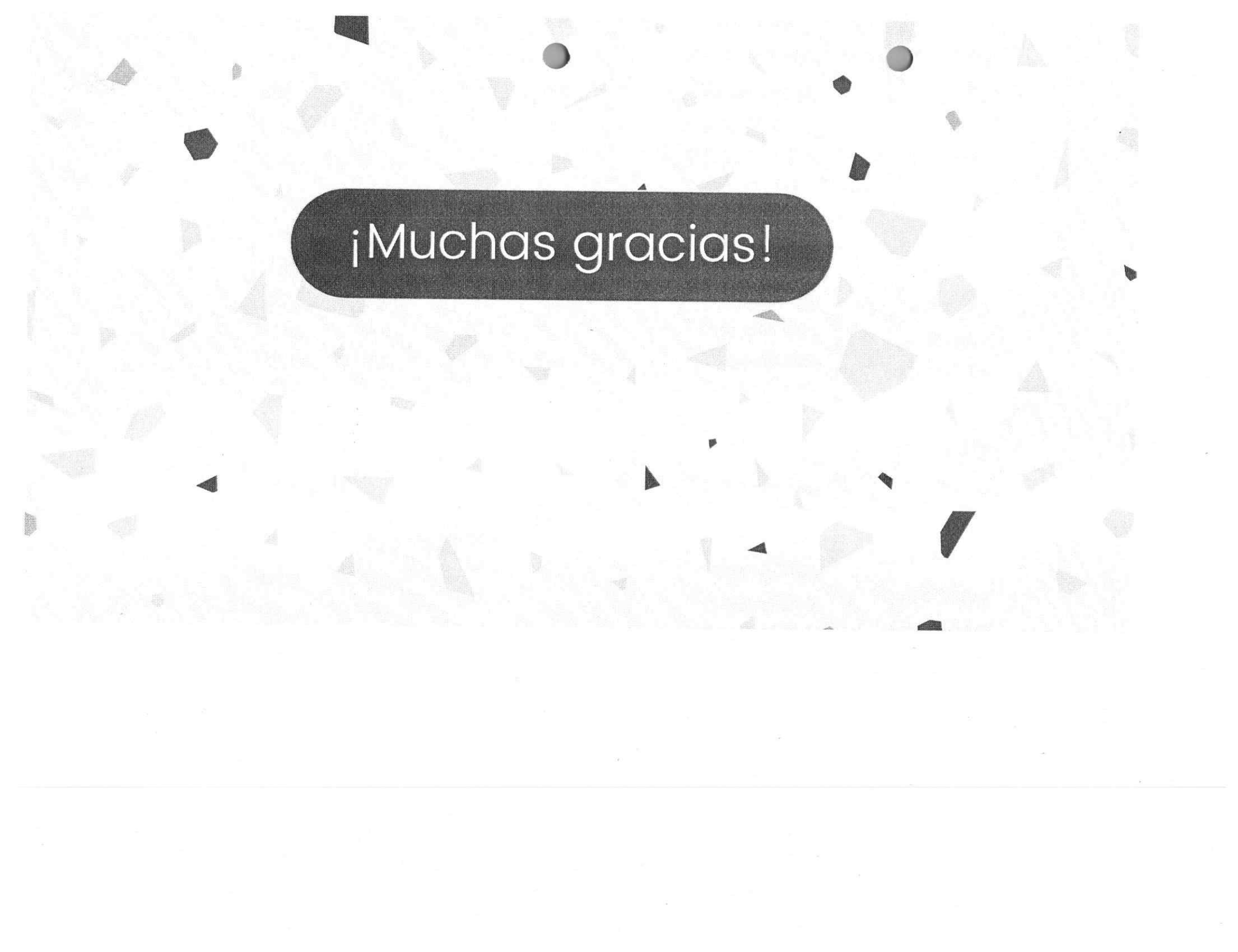
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIETA MARITZA RUIZ PINEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39702131**, se encuentra afiliado/a desde **23/11/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de agosto de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



¡Muchas gracias!

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

2337

Número de contrato 490-2023 Nombre de la escuela de formación en la que participa Notación Fecha de la inscripción: 4-08-2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? * Yesica Fernanda Gaitan Reyes

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? * 1032479023 4. ¿Cuál es su número de celular? 3227695672

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Yesicagaitan1@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cra 107 bus b # 71b 57 7. ¿Cuál es su edad? * 27

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ☐ No ☒ Sí → ¿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? ☒ Sí → 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)? * Ana Sofia Restrepo Gaitan

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nui ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1206214309

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

12

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)?

3227695672

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

jesiragaita1@gmail.com

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 2 de 4

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

2338

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 109b b # 71b 57.

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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

15. ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

☐ Sí ¿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?*

☐ Sí ¿Cuál? _____ ☐ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

☐ Empleado(a) ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Vendedor informal
☐ 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.

¡Gracias por su tiempo!

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 4 de 4

"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 Yesica Gatan Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1032479023 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villa Amalia, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐, tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Yesica Gatan

C.C: 1032479023

Teléfono: 3227695672

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3012307364

Dirección: cra 107 bis b #71b57

Ana Sofia Restrepo Gatan

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1200214309

2340

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.206.214.309**
RESTREPO GAITAN

APELLIDOS
ANA SOFIA

NOMBRES

Sofia
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-2011**
BOGOTÁ D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-JUL-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
13-AGO-2018 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO YACHA

INDICE DERECHO



P-1524700-01042320-F-1208214309-20181026 0062842508A 1 1705090223

2391

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.479.023
GAITAN REYES

APELLIDOS
YESICA FERNANDA

NOMBRES
Yesica Fernanda Gaitan
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1996

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

27-FEB-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01071069-F-1032479023-20190402

0065065033A 1

9907840400

Bogotá, Marzo 8 de 2023

Señora:
REYES MARIA DEL CARMEN
CC. 52094895
CR 9 ESTE N 38 23 TO 7 AP 603 - 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 Junio 21 de 2007. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GAITAN REYES YESICA FERNANDA	1032479023	C	Feb-28-2011	344	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Feb-28-2018	Exclusion por traslado a otra EPS	Ninguna
RESTREPO GAITAN ANA SOFIA	1206214309	T	Ago-19-2011	320	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
REYES MARIA DEL CARMEN	52094895	C	Jun-21-2007	403	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GAITAN HIJO DE YESICA FERNA	52094895	M	May-9-2015	89	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-13-2017	Desafiliado por novedad	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
HUI LI	52094895	Dependiente	CERRADO
JIANPING LU	52094895	Dependiente	VIGENTE
LI HUI	52094895	Dependiente	CERRADO
LYG SERVICIOS INTEGRALES SAS	52094895	Dependiente	VIGENTE
SA SERVICIOS Y ASESORIAS S A S	52094895	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS J S SAS	52094895	Dependiente	CERRADO
SERVICIOS RB SAS	52094895	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	52094895	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	52094895	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	52094895	Dependiente	CERRADO
ADECCO COLOMBIA S A	52094895	Dependiente	CERRADO
ALBA ROCIO RINCON	52094895	Servicio Domestico	CERRADO
ARTERY INDUSTRY COLOMBIA SAS	52094895	Dependiente	CERRADO
CASA LIMPIA SA	52094895	Dependiente	CERRADO
COLOMBIANA DE TEMPORALES SOCIEDAD ANONIMA COLTEMPO	52094895	Dependiente	CERRADO
CORPORACION PARA EL DESARROLLO AMBIENTAL SOCIAL Y	52094895	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 1 24 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



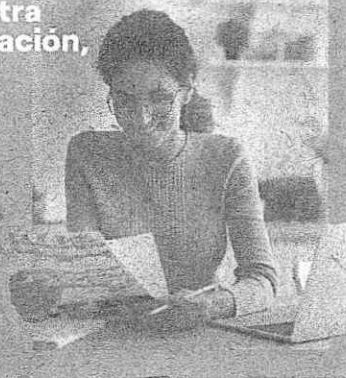
JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Actualizaremos nuestra plataforma de facturación, recaudo y cobranza.

Ten en cuenta:

- Tu factura del siguiente periodo llegará después de la fecha usual.
- No se afectará tu servicio de energía ni de otros productos relacionados a tu factura.
- Podrás pagar tu factura a través de los medios de pago habituales.

Para información escanea el siguiente código QR:



Contáctanos

Enel Colombia

App Enel Clientes Colombia

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PCRa en www.enel.com.co/sociedad-hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

DIRECCIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115
24 horas
del 24 horas

DEBENCIAS
601 5 894 894
denuncias@enel.com

DIFUSOR DEL CLIENTE
<https://www.enel.com.co/es/personas/difusor-cliente.html>
difusor@enel.com



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

Billete Virtual



Corresponsales Bancarios



** 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 SUPERCADÉ Suba, SUPERCADÉ Bosa y CADE Toboaci.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ABR/2023
G-285.45 T: 53.52 D: 283.17 CV: 75.03 PR: 58.09 R: 38.73 CF: 0.00 / \$778.01 Costo kWh Mes Tarifa aplicada Opción Tarifaria 784.32 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercio de Energía Eléctrica, Tarifa: 11.04 por kWh. Servicio suministrado según Resolución No. 0547 de 20 de enero 2022. IVA Régimen General CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Lea el contenido de la presente factura y 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 oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, línea 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 constructores según resolución No 012250 de 28 de diciembre de 2022.

Informe al sobre de suspensión procede el acuerdo de reparación y en subsidio de reparación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previa a la suspensión del servicio.

Esta factura de sobre presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1998 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: El cumplimiento de la resolución CREG 015 de 1998, 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, le invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 JUN 2023

enel
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 800.053.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Bogotá



Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0605239-4

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO. 726296860-6

CLIENTE

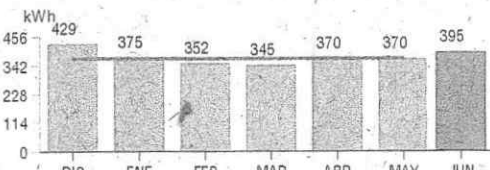
MARIA J ALVAREZ R
KR 107 BIS B NO 71 B - 57

BOGOTÁ, D.C.
VILLA AMALIA



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO \$784.32

CONSUMO DIARIO: 12.3 kWh

VALOR DIARIO: \$8,088

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 371 kWh

PERIODO FACTURADO: 27 ABR/2023 A 29 MAY/2023

DÍAS FACTURADOS: 32

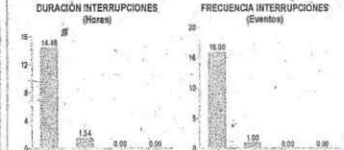
CONSUMO MES: 395 kWh

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: 2
CARGA kW: 4
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 3000 5 03 502 0172
RUTA LECTURA: 3000 5 03 504 0037
MANZANA DE LECTURA: MS00564839
MEDIDOR NO: 7904205

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 32267R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Abril/2023 D: 214.26 CF: 370 MC: 0 MF: 1 %: 10
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2010 y 026 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

Si recibes el pago en un correspondiente bancario, elige el correspondiente que recibe el cliente como soporte del pago. El resto del correspondiente no es un soporte válido en caso de reclamo.

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

2344

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

4-08-2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Yesica Fernanda Gaitan Reyes

2. ¿Cuál es su tipo de documento? *

☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia
☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1032479023

4. ¿Cuál es su número de celular?

3227695672

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

Yesicagaitan1@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

cra 10a bis b #71b 57

7. ¿Cuál es su edad? *

27

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?

☐ No

☒ Sí

→ ¿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? *

☒ Sí

→ 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)? *

Emily Dayann Alfonso Gaitan.

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1074819710

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)?

322 7695672

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

yeoragaitan1@gmail.com

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

2395

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 107 bis b # 71 b 57.

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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 informal
☐ 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.

¡Gracias por su tiempo!

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ





2346

"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 Yesica Gaitan Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1032479023 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villa Amalia, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

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

Nombre: Yesica Gaitan

C.C: 1032479023

Teléfono: 3227695672

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3012307364

Dirección: Cra 107bis b # 71b 57

Emily Dayann Alfaro Gaitan

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1074819710.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2347

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.074.819.710**

ALFONSO GAITAN
APELLIDOS

EMILY DAYANN
NOMBRES

Emily Dayann
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-2015**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-MAY-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
G S RH SEXO

13-MAY-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VELA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01299782-F-1074819710-20220531 0079510530A 1 8504757540

2348



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EMILY DAYANN ALFONSO GAITAN identificado(a) con T.I 1074819710 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	28/05/2017
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CIUDADELA
Categoría:	Beneficiario

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 2 días del mes agosto 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.**

enel

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1



PAPEL
ECOLÓGICO

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

0605239-4

16061

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 726296860-6

CLIENTE

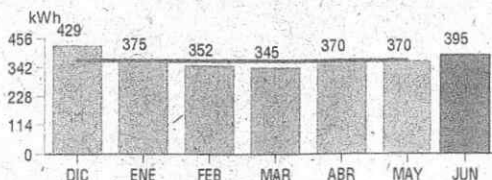
MARIA J ALVAREZ R
KR 107 BIS B NO 71 B - 57

BOGOTÁ, D.C.
VILLA AMALIA



¿Quieres tu factura
virtual? Escanea el
código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
\$784.32

CONSUMO DIARIO:
12.3 kWh

VALOR DIARIO:
\$8,088

PERÍODO FACTURADO:
27 ABR/2023 A 29 MAY/2023

DÍAS
FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
395 kWh

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
371 kWh



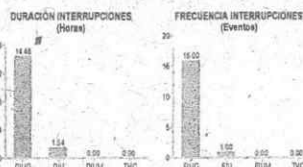
Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
de energía se encuentra dentro de lo habitual!



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 4
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 3000 5 03 502 0172
RUTA LECTURA: 3000 5 03 504 0037
MANZANA DE LECTURA: MS00564839
MEDIDOR NO: 7904205
MEDIDOR NO:

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 52207R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 9 CEC: 0.00
PERÍODO: Abr/2023 Dt: 214.20 CF: 370 MC: 0 MF: 1 %: 10
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 realiza su pago vía un correspondiente bancario, exija el correspondiente que emita el talonario como soporte
del pago. El sello del correspondiente no es un soporte válido en caso de reclamo.

(1988)

4.956 - Page 1 of 2

2349

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

2350

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación.

4-08-2023.

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Yuli Lorena Campos Pedraza.

2. ¿Cuál es su tipo de documento? *

☒ Cédula de ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia
☐ Otro ¿Cuál? _____

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

CC-1014291872.

4. ¿Cuál es su número de celular?

3227567692.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

Lorena.c.89@hotmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? *

c/ 67b 113d10.

7. ¿Cuál es su edad? *

25.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?

☐ No

☒ Sí

→ ¿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? *

☒ Sí

→ 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)? *

Julian Steven Arevalo.

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nup ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1014298924.

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)?

3227567692 3223211868.

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

lorena.c-89@hotmail.com.

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

2351.

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

C/ 67 B 113 d 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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

15. ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

☐ Sí ¿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?*

☐ Sí ¿Cuál? _____ ☐ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

☐ Empleado(a) ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Vendedor informal
☐ 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.

¡Gracias por su tiempo!



**"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 Yuli Lorena Campos Pedraza Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014291872 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Lutania, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre:

C.C: 1.014.291.872.

Teléfono: 3223211868

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 322 7567692.

Dirección: cll 67 b # 113 d 10

Julian Steven Azevedo campos

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1.014.298.824



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2353

56463579

Indicativo Serial **56463579**

<i>Fecha de Inscripción</i>				<i>Nombre y firma del funcionario que autoriza</i>			
Año	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	Mes	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
Día	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>						

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

2354

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.014.291.872

CAMPOS PEDRAZA

APELLIDOS

YULI LORENA

NOMBRES

Yuli Lorena Campos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1997

VILLAPINZON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51
ESTATURA

A+
GR. RH

F
SEXO

21-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

MODELO SERIE 001

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADRIAN SANCHEZ TORRES



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 :

23/8/23, 11:34

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014298924
NOMBRES	JULIAN STEVEN
APELLIDOS	AREVALO CAMPOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	23/05/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

08/23/2023
11:34:17

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**, 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](#)

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](#)



 PAGO CON DESCUENTO HASTA EL DÍA	INMEDIATO	\$80,000
VALOR A PAGAR		\$80,000

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

2357

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

11:53 am

490 -2023

Natación

05 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Luz Amanda Grandes Olerete

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? *

41.636.204

4. ¿Cuál es su número de celular?

3124356693

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

lago2954@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Kv 112C #75-70

7. ¿Cuál es su edad? *

69

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?

☒ No

☐ Sí

→ ¿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? *

☐ Sí

→ 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



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nuij ☐ 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.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 2 de 4

2353

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)?*

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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 informal
☒ 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!

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ





2359

"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 Luz Amanda Grandes Olarte mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41636204 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villas de Engativá, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Notación 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 5 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Luz Amanda Olarte
Nombre: Luz Amanda Grandes Olarte
C.C: 41636204
Teléfono: 3124316693
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3214053513
Dirección: Cra 112 e # 75-70



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2360

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.636.204**

GRANDAS OLARTE

APELLIDOS
LUZ AMANDA

NOMBRES

Luz A. Grandas Olarte
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-1954**

GUEPSA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

12-NOV-1975 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-5200100-01047160-F-0041636204-20181126

0063280089A 1

9906508822

EPS

2361

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUZ AMANDA GRANDAS OLARTE identificado(a) con Cedula Ciudadania 41636204, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES NIT 900336004, en calidad de Pensionado según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20121101	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Agosto 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 multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
22477204

CER-AFI

VERIFICADO Y VALIDADO POR EL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

VERIFICADO Y VALIDADO POR EL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

Eficiencia energética
 reducir el consumo de energía no produce en un guerra 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 desplazarse a los puntos de atención presencial: www.grupovanti.com/oficinavirtual

¡Ten presente!
 Hay personas que quieren
 suplantarlos para pedir 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/

Pagos electrónicos en otras entidades



*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: 61013012

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

Cliente: LUZ AMANDA GRANDAS
 Dirección: KR 112C 75 0070 00001
 Municipio: BOGOTÁ Sector: GARCÉS NAVAS Código Sector 362
 Código Postal: 000000 Lote: P08GN Medidor No.: 5067199-48013

vanti

\$ 3.828.000

Multiplica tu Prima x2
vanti

***Desde el 20 de junio al 31 de julio participa por una de las 10 primas.**
que regalaremos por compras iguales o superiores a \$2.000.000*.

Aprovecha el extracupo de \$800.000

Usa tu cupo en nuestros aliados:
AO HDPO MINCA Hero Merpes éctor flamenco

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 ofrecida 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) 6 954 755
 Municipios: 01 8000 942 794

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.

2363

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción: 12:01 pm

490-2023

Notación

05 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Martha Lucia Rojas Camargo

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? *

39.522.689

4. ¿Cuál es su número de celular?

3168728327

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

martha.59rojas@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Kra 112 #75-22

7. ¿Cuál es su edad? *

64

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2364

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☒ 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!



2365

"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 Martha Lera Rojas mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39522689 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villas de G., 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 05 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Martha Lera Rojas

Nombre: Martha Lera Rojas

C.C: 39522689 Bto

Teléfono: 3168728327

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186019967

Dirección: Cra 112 c 75-22



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2366

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.522.689
ROJAS CAMARGO

APELLIDOS
MARTHA LUCIA

NOMBRES
Martha Lucia Rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1959

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-NOV-1978 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00023883-F-0039522689-20080715 0001056006A 2 1520000943

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

2367

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
NUMERO DE IDENTIFICACION	39522689
NOMBRES	MARTHA LUCIA
APELLIDOS	ROJAS CAMARGO
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	25/02/2005	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/05/2023 09:31:13 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 apertura de los

ENCUADRO VIGENTE POR LA LEY 142 DE 1994
 130 de la ley 142 de 1994
 - Revisor fiscal Ernst Y Young Audit S.A. Esta fecha presila mente especial, Añ

<p>Cliente: MARTHA LUCIA ROJAS</p> <p>Dirección de servicio: KR 112C 75 0022 01</p> <p>Municipio: BOGOTÁ</p>	<p>Fecha y Hora de Generación: 2023/03/15 00:37:20</p> <p>Fecha y Hora de Expedición: 2023/03/15 10:00:43</p> <p>Forma de pago: Crédito 14 días</p>																																
<p>C.R.E.F: f2eb3c390dca3c9a00942ab8d2582906db7776a03b6a71690b67c9c985a5f1e728736bd34639bb4b433b629dcdb334343</p>																																	
<p>Conceptos de cobro: Gas: 1290.19 - 766.35 - Desc: 615.06 - Gas: 2741.78 - P: 70.18 - Cdm: 3684.0 - Cdm: 2741.78 - Cdm: 0.0 - Cdm: 0.0</p> <p>Tarifa: 42.55 - Mjma: La tarifa en M3 de gas ingresado al: 100 - Kwh: el precio unitario de Kwh es: 267.547 - DADA: 0.0 - DADA: 0.0</p>																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Código</th> <th style="width: 40%;">Concepto de cobro</th> <th style="width: 5%;">Und</th> <th style="width: 10%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Valor unitario</th> <th style="width: 10%;">Subtotal</th> <th style="width: 10%;">IVA 19%</th> <th style="width: 15%;">Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ZACUV</td> <td>CONSUMO GAS</td> <td>M3</td> <td>9.0</td> <td>2.741,78</td> <td>24.676,02</td> <td>0,00</td> <td>24.676,02</td> </tr> <tr> <td>ZACFJO</td> <td>FIJO</td> <td>UN</td> <td>1.0</td> <td>3.684,00</td> <td>3.684,00</td> <td>0,00</td> <td>3.684,00</td> </tr> <tr> <td>ZDECENA</td> <td>AJUSTE DECENA</td> <td>UN</td> <td>1.0</td> <td>0.02</td> <td>0,02</td> <td>0,00</td> <td>0,02</td> </tr> </tbody> </table>		Código	Concepto de cobro	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total	ZACUV	CONSUMO GAS	M3	9.0	2.741,78	24.676,02	0,00	24.676,02	ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.684,00	3.684,00	0,00	3.684,00	ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0.02	0,02	0,00	0,02
Código	Concepto de cobro	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total																										
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	9.0	2.741,78	24.676,02	0,00	24.676,02																										
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.684,00	3.684,00	0,00	3.684,00																										
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0.02	0,02	0,00	0,02																										
<p>Subtotal 28.360,04</p>																																	

②	Código	Conceptos facturados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IIVA 19%	Total
Subtotal								0,00
Total Items: 2							Subtotal:	28.360,00
As:								0,00
Total factura electrónica							① × ②	28.360,00

¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!



vanti

MIT: 800.007.813-5 www.grupovanti.com

Vanti S.A. ESP.

Medidor N°: 5077198-368340

Datos de medición para consumo de gas:		Medidor N°: 5077198-368340	
Uso: Residencial	Estrato / Categoría: E3		Tamaño: R_E3
Lectura:	Fecha:	Tipo:	Observaciones de lectura:
Anterior: 4963	2023-02-10	REAL	
Actual: 4973	2023-03-09	REAL	
Período facturado: FEB-2023 MAR-2023			

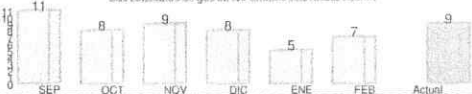
Volúmen medido (Vm): 10 Kv: 0.87221 Kt: 1.0062 Fc: 0.87762 Volúmen corregido (Vc): 9

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.78 Temperatura estándar (Te): 15.56

Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.850

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 P_g p_v: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron:



Mes	Consumo (m³)
SEP	11
OCT	8
NOV	9
DIC	8
ENE	5
FEB	7
Actual	9

3. Saldo Anterior

4. Plan de Pago a Plazos

5. Recargo de térracos

0,00

0,00

0,00

Totaf a Pagar (1) + (3) + (4) + (5)

28.360,00

Vencimiento Retención Obligación

31/03/2026

Fecha de Suspensión

30/03/2023

Fecha Operativa

29/03/2023

Deposito de la fecha de pago operativa se volverán inferiores de suma y se suspenderá el servicio, volver a costo de recuperación.

60,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugiendo \$ 2836

[illegible]

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

Avanzar es descomplicarte la vida. **vanti** Más formas de avanzar

Ahora desde tu Vanti tienes para ti muchos servicios a los que puedes acceder desde la comodidad de tu casa.

A un clic de hacerlo tú
Ingresa a www.grupovanti.com

Paga por PSE
Solicita tu factura digital
Conoce y gestiona tu cupón express

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasmercer S.A. ESP.

Entidades Recaudadoras

Medios de pago

pse vanti

Pagos por PSE ingresado a la dirección <https://www.grupovanti.com/pagos-en-linea/>

Pagos electrónicos

Puntos Presenciales

Fullcargo
MovilRed
Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Banco Caja Social

Corresponsales Grupo Aval
Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudomeris
Grandes Superficies: Jumbo, Éxito, Olímpica
Efecty

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

Cliente: MARTHA LUCIA ROJAS Ruta: 0011670147160005010
Dirección: KR 112C 75 0022 01
Municipio: BOGOTÁ Sector: GARCES NAVAS Código Sector 362
Codigo Postal: 000000 Lote: P08GN Medidor No.:5077198-388340

vanti LISTO

Con **vanti** LISTO

SÚBETE LISTO A TU MOTO

CUPON HASTA DE \$8'000.000
para financiarla.

Llévate un casco por tu compra*
(hasta agotar existencias)

Consultas: AKI, QUELCO, BAJAJ, HONDA, HERO

Consulta tu cupo en nuestros comercios aliados y paga por medio de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasmercer S.A. ESP. *Aplica solo para compras en aliados de motos, se entregarán 200 cascos. Conoce T&C de la campaña ingresando a <https://vantiisto.com/motos/>. Aplica únicamente para las categorías de productos señaladas en la política de financiación; consulta en vantiisto.com/politica-definanciacion. Vanti Listo es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción válida hasta el 31 de marzo de 2023 o hasta agotar existencias.

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

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

Línea de Atención de Emergencias 01 8000 915 052

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.

2369

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

11:50 am

490 - 2023

Notación

06 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Cielo Rocio Rodriguez Sotelo

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? *

23995581

4. ¿Cuál es su número de celular?

3108764179

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

mariscal0522@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Calle 64 A #105C-45

7. ¿Cuál es su edad? *

45

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)? *

Lizeth Mariave Quiroga Rodriguez

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1023164504

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)?

3108764179

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

mavisca10522@gmail.com

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

2370

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 64 A #105C-45

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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 Whatsapp ☐ 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 informal
☐ 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!

"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 Cielo Rocío Rodríguez S Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 23995581 de Soboyá (Boy) y domiciliado en el barrio El Huelle (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA 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 06 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Cielo Rocío Rodríguez S

C.C: 23995581

Teléfono: 3108764179

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: cil 64 A # 105c-45

Lizeth Mariana Quiroga

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1023164504

2372

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.023.164.504**
QUIROGA RODRIGUEZ

APELLIDOS
LIZETH MARIANA

NOMBRES
Lizeth Mariana Quiroga

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-2007**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-MAY-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

01-FEB-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
LIZETH MARIANA QUIROGA

P-1500150-00786209-F-1023164504-20160210 0048261602A 1 1263775802

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.995.581**

RODRIGUEZ SOTELO

APELLIDOS

CIELO ROCIO

NOMBRES

Cielo Rocio Rodriguez S

FIRMA



2373



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

09-JUN-1978

SABOYA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

A+

F

ESTATURA

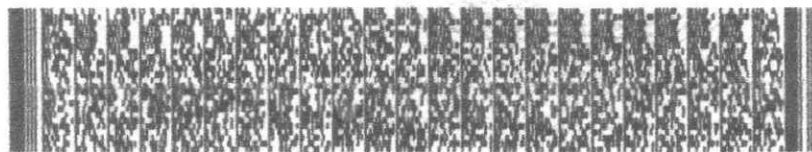
G.S. RH

SEXO

09-ABR-1997 SABOYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0722600-00252490-F-0023995581-20100826

0023598814A 1

27597089



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

2374

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 905808

Que el (la) señor(a) SLP. CELSO QUIROGA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 7316941 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
LIZETH MARIANA QUIROGA RODRIGUEZ	TI	1023164504	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 09 de diciembre de 2021.


Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALISIS



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

ESTRATO: 2 CLASE DE USO: Residencial
UND. HABIT./FAMILIAS: 1 UND. NO HABITACIONAL: 0
ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22110
Datos del medidor:
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 0701518078853 TIPO: VELOC15C DIÁMETRO: 1/2"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10856185

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

41189246717

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$364.537

Fecha de pago oportuno

MAR/29/2023

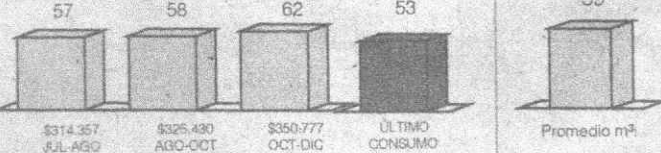
Fecha de suspensión

ABR/03/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	5951	CONSUMO (m³)	53
LECTURA ANTERIOR:	5898		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente aerea	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado

DIC/29/2022 - FEB/25/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: MAR/15/2023

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: MAY/24/2023

RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (cm3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo		Subtotal (si aplica)	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	No.	Cuota	Interes	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total									
Acueducto												
Cargo fijo residencial	1	\$15.915,77	\$15.916	\$6.357	\$9.549,46	\$9.549	Ajuste a la Decena				\$4-	
Consumo residencial básico	22	\$3.108,75	\$68.293	\$27.357	\$1.805,25	\$41.036	Dec. Min. Vital Total				\$22.383-	
Consumo residencial superior a básico	31	\$3.108,75	\$96.371	\$0	\$3.108,74	\$96.371	Intereses de mora				\$170-	
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Acueducto ①			\$180.680	\$33.724		\$146.956	Subtotal Otros Cobros ②				\$22.217-	
Alcantarillado							Otros conceptos que adeuda				Valor Total	
Cargo fijo residencial	1	\$7.565,12	\$7.565	\$3.026	\$4.539,07	\$4.539						
Consumo residencial básico	22	\$3.213,99	\$70.708	\$26.293	\$1.928,40	\$42.425						
Consumo residencial superior a básico	31	\$3.213,99	\$99.634	\$0	\$3.214,00	\$99.634						
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Alcantarillado ②			\$177.907	\$31.309		\$146.598	Total otros conceptos que adeuda				\$0	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³
Período actual

\$22.383-

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

\$271.337

CONSUMO MRS
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$146.777

CONSUMO DÍA
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$4.975

¡Pase a la
factura virtual y
elimina el papel!

¡Gana el
planeta y
ganas
tú!



Los usuarios inscritos en
Factura Virtual de
Acueducto, obtienen un

20%
DESCUENTO

en su primera compra
de fracciones o billetes
de Lotería de Bogotá.

Es rápido y fácil:

- 1 inscribete 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, los 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.



Reglamento de promoción de 2016-2022 de 11 de mayo de 2016

21-500

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:

490-7023

Natación

06 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Cielo Rocio Rodriguez Sotelo

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? *

23.995.581

4. ¿Cuál es su número de celular?

3108764179

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

mariscal0522@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Colle 64 A # 105 C-45

7. ¿Cuál es su edad? *

45

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? *

☐ No

☒ Sí

→ ¿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? *

☒ Sí

→ 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)? *

Sara Gabriela Quiroga Rodriguez

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nup ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1141122253

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

13

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)?

3108764179

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

mariscal0522@hotmail.com

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

2377

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 64A #105C-45

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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 whatsapp ☐ 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 informal
☐ 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



Pág. 4 de 4



"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 Cielo Rocío Rodríguez Sotelo identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 23995581 de Saboya (Boy) y domiciliado en el barrio El Muelle (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Natacion 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) encuentre(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 06 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐, tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Cielo Rocío Rodríguez

C.C: 23995581

Teléfono: 3108764179

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: Cll 64A # 105C-45

Sara Gabriela Quisoga Rodríguez

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación _____



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.995.581**

RODRIGUEZ SOTELO

APELLIDOS

CIELO ROCIO

NOMBRES

Cielo Rocio Rodriguez S

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-1978**

SABOYA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

A+

F

ESTATURA

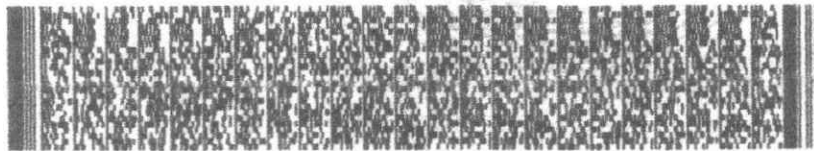
G.S. RH

SEXO

09-ABR-1997 SABOYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0722600-00252490-F-0023995581-20100826

0023598814A 1

27597089

2380

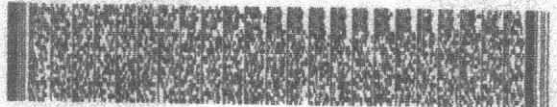


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-2010**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-JUL-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
07-DIC-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA



P-1500150-00983714-F-1141122253-20180304 0059771855A 1 1624738763

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.122.253**
QUIROGA RODRIGUEZ
APELLIDOS
SARA GABRIELA
NOMBRES

Sara Quiroga
FIRMA





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

2381

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 905838

Que el (la) señor(a) SLP. CELSO QUIROGA ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía 7316941 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
SARA GABRIELA QUIROGA RODRIGUEZ	TI	1141122253	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 09 de diciembre de 2021.


Capitán JORGE ANDRES PRADA MUR
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALISIS



2382

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

ESTRATO: 2 CLASE DE USO: Residencial
UND. HABIT./FAMILIAS: 1 UND. NO HABITACIONAL: 0
ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22110
Datos del medidor
MARGA: IBERCONTA NÚMERO: 07015IB078853 TIPO: VELCO15C DIÁMETRO: 1/2"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10856185

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

41189246717

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$364.537

Fecha de pago oportuno

MAR/29/2023

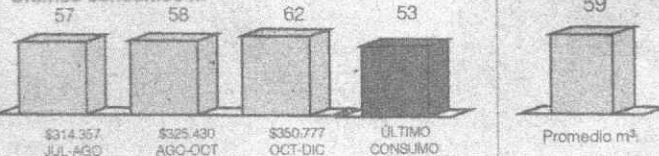
Fecha de suspensión

ABR/03/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	5951	CONSUMO (m³)	53
LECTURA ANTERIOR:	5898		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargos fuente afluente	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado

DIC/29/2022 - FEB/25/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: MAR/15/2023

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: MAY/24/2023

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

Descripción	Cantidad	Costo		Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros						
		Valor Unitario	Valor Total				No.	Cuota	Interés	Total	Saldo		
Ajuste a la Decena											\$4-		
Dec. Min. Vital Total												\$22.383-	
Intereses de mora												\$170	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³
Periodo actual

\$22.383-

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

\$271.337

CONSUMO MES
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$146.777

CONSUMO DÍA
AGUA Y ALCANTARILLADO

\$4.975

¡Pasa a la
factura virtual y
elimina el papel!

¡Gana el
planeta y
ganas
tú!



Los usuarios inscritos en
Factura Virtual de
Acueducto, obtienen un

20%
DESCUENTO

en su primera compra
de fracciones o billetes
de Lotería de Bogotá.

Es rápido y fácil:

- 1 Insíbete 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, los 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 vía la tarjeta.

Validación de la campaña: 01/03/2023 a 31/03/2023

21-500

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

2383

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

07/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Adriana Gómez Meneses

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? *

1020715054

4. ¿Cuál es su
número de celular?

3143127067

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

adrianameneses5@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cll 78d #110-48

7. ¿Cuál es su edad? *

37

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)? *

Santiago Vargas Gómez

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)?*

1141122272

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

13

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)?

3143127067

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

adrianameneses5@gmail.com

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

2384

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

C1178d #110-48

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!



"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 Adriana Gómez Meneses Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1020715054 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA datación 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 D.C. a los 07 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre , tutor cuidador

Nombre: Adriana Gómez Meneses

C.C.: 1020715054

Teléfono: 3143127067

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3143127067

Dirección: Cll 78d #110 -48.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Santiago Vargas Gomez
Número de identificación 1141122279



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2386

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.122.279

VARGAS GOMEZ

APELLIDOS

SANTIAGO

Santiago



17-JUL-2010

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-JUL-2028

A+

M

29-AGO-2017 BOGOTA D.C.

FECHA DE EXPIRACION

REGISTRADO NACIONAL

RODOLFO



01500190-00030647 M 114112279 20170831

0057251401A 1

1364255000

2387

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.020.715.054

APELLIDOS GOMEZ MENESES

NOMBRES ADRIANA


FIRMA



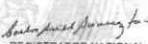

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA 1.66 G.S. RH O+ SEXO F

27-MAY-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00282855-F-1020715054-20110302 0025969627A 1 7721146397

COPIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

2388



NIT901.127.521-0

CERTIFICACION

Hacemos constar que **SANTIAGO VARGAS GOMEZ** identificado(a) con **TI 1141122279** se encuentra en estado **ACTIVO** como **BENEFICIARIO** en el servicio medico que presta **UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA**. Regimen de excepci3n.

Con los siguientes **MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**:

TIPO	DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS	ESTADO	PARENTESCO
TI	1141122279	SANTIAGO	VARGAS GOMEZ	ACTIVO	HIJO(A)
RC	1237444838	SARA SOFIA	RODRIGUEZ GOMEZ	ACTIVO	HIJO(A)
CC	1020715054	ADRIANA	GOMEZ MENESES	ACTIVO	COTIZANTE PRINCIPAL

Se expide la presente certificaci3n a solicitud del interesado(a) a los 7 d3as del mes de agosto de 2023.

ATENTAMENTE,

Generado: Aplicativo Integr@ UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA

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 la factura

 Datos del usuario
 FLORELIA MENESES DE GOMEZ
 CL 78D 110 48 IN 12

 ENGATIVA 2389
 VILLAS DE GRANADA I

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

ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22270

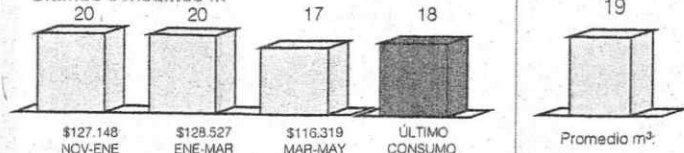
Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 155655 TIPO: VELO016B DIÁMETRO: 1/2

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3572	CONSUMO (m³)	18
LECTURA ANTERIOR:	3554		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado

MAY/11/2023 - JUL/10/2023

CUENTA CONTRATO

Número para cualquier consulta

11016990

 Factura de Servicios Públicos No.
 Número para pagos

41893832315

TOTAL A PAGAR

 Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
 + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$170.020

Fecha de pago oportuno

AGO/10/2023

Fecha de suspensión

AGO/15/2023

Resumen de su cuenta

 FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/30/2023
 RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo		(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
		Valor Unitario	Valor Total			
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	\$17.061,04	\$17.061	\$2.559-	\$14.501,88	\$14.502
Consumo residencial básico	18	\$3.329,01	\$59.922	\$8.988-	\$2.829,66	\$50.934
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			\$76.983	\$11.547-		\$65.436
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	\$8.109,48	\$8.109	\$1.216-	\$6.893,07	\$6.893
Consumo residencial básico	18	\$3.423,84	\$61.629	\$9.244-	\$2.910,27	\$52.385
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			\$69.738	\$10.460-		\$59.278

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				\$4-	
Subtotal Otros Cobros ③				\$4-	
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

\$124.710

CONSUMO MES

\$62.357

CONSUMO DÍA

\$2.044

Cuidar el agua

 es cuidar la vida

 1
 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha

 2
 Cierra la llave mientras te cepillas los dientes o te lavas las manos

 3
 Usa la lavadora con la carga completa

 4
 Revisa los grifos y si detectas fugas, repáralas a tiempo

 5
 Utiliza con moderación el agua en las labores de aseo del hogar


CARVALHO SOLUTIONS OF CONTINUITY'S AS A SET OF MEASURES ON $\mathbb{R}^n$

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

2390

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

07/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Nancy Mercedes Castro Lesmes

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? *

41757839

4. ¿Cuál es su número de celular?

3238087622

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

nancymercedescastrolesmes@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cra 112 # 65a - 21

7. ¿Cuál es su edad? *

64

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)? *

**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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2391

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

5

¡Gracias por su tiempo!

"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 DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Nancy Mercedes Castro mayor de edad e identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41757839 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Villa Gladys, 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 D.C. a los 07 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Nancy Mercedes Castro
Nombre: Nancy Mercedes Castro
C.C.: 41757839
Teléfono: 323 8087622
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 305 910 8214
Dirección: cra 112 # 651421



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2393

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.757.839**

CASTRO LESMES
APELLIDOS

NANCY MERCEDES
NOMBRES

Nancy Lesmes Castro
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1958**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



R-1500150-00193089-F-0041757839-20091101 0017647662A 2 5020082076

2394

Bogotá, Agosto / 1 de 2023

Salud Total EPS

Señor (a): NANCY MERCEDES CASTRO LESMES
CC. 41757839
CR 112 NO 65 A 21
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Julio / 24 de 2007, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos** en www.saludtotal.com.co o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: Oficina Virtual

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 y 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.

33740
6358987-5
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 75005114



Bogotá

ENGEL

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
CALLE 88 No. 13 - 45 Piso 1
TEL: 450 0000 y 450 0001

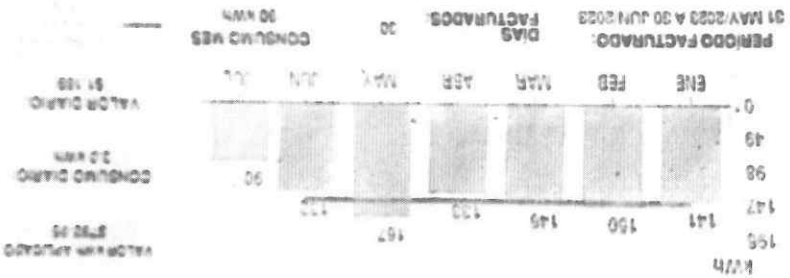
CLIENTE

JAIIME MACIAS
KR 112 NO 65 A - 21 P 4
PISO 4
BOGOTÁ, D.C.
MARANDU



Código de barras
Código de barras

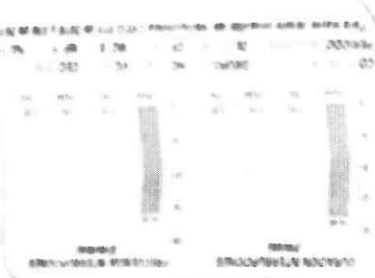
COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGIA



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA kW:
FACTORA:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
MEDIDOR NO:

CAUDAL DEL SERVICIO



Regístrate gratis en <https://www.engel.com.co/usuarios/personas/registro.html>

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

DEFENSO DEL CLIENTE

1. Si tienes una queja o reclamo, puedes contactarnos a través de nuestro canal de atención al cliente.
2. Si necesitas más información sobre nuestros servicios, puedes contactarnos a través de nuestro canal de atención al cliente.
3. Si necesitas más información sobre nuestros servicios, puedes contactarnos a través de nuestro canal de atención al cliente.
4. Si necesitas más información sobre nuestros servicios, puedes contactarnos a través de nuestro canal de atención al cliente.

WhatsApp: 310 890 6003

Correo electrónico: atencioncliente@engelsa.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

Transferencia bancaria

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

Transferencia bancaria

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

Cuenta de ahorro

Cuenta de corriente

ENGEL es una empresa de servicios públicos que presta servicios de energía eléctrica y gas natural a los usuarios en Bogotá y municipios aledaños. ENGEL es una empresa de servicios públicos que presta servicios de energía eléctrica y gas natural a los usuarios en Bogotá y municipios aledaños.

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

2396

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

8-08-2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Carmen Rosa Sanchez Sanchez

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? *

39528470

4. ¿Cuál es su número de celular? *

300773981

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

Carmenrosa286@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Km 77 NATI - 70

7. ¿Cuál es su edad? *

60

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)? *

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 ☐ Nup ☐ 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)? * _____

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

2397

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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? Septimo.

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 informal
☒ 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.

L

¡Gracias por su tiempo!



2398

"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 Carmen Rosa Sánchez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39528470 de Bogotá 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, exono 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 8 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Carmen Sánchez
Nombre: Carmen Rosa Sanchez
C.C: 39.528.470 Bta
Teléfono: 300 717 3981
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 301 305 3391 hija
Dirección: Cra. 77 # 71-70



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2399

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.528.470**

SANCHEZ SANCHEZ

APELLIDOS
CARMEN ROSA

NOMBRES

Carmen Sanchez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1961**

MANTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

23-MAR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00018682-F-0039528470-20080701 0000702074A 1 1430002499

2400

ADRESMINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	39528470
NOMBRES	CARMEN ROSA
APELLIDOS	SANCHEZ SANCHEZ
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	COTIZANTE

Fecha de
Impresión:02/14/2023
10:18:03Estación de
origen:

2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

2402

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

09 agosto 2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Maria Elena Rivera Pedraza

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? *

20468914

4. ¿Cuál es su número de celular?

3152298941

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

melenariverap@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Calle 63B bis 85-75 Int 4-104

7. ¿Cuál es su edad? *

71

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2403

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☒ 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.

L

¡Gracias por su tiempo!

"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 DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Maria Elena Rivera P mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 20.468.914 Chía de 20.468.914 Chía domiciliado en el barrio Villa Luz, 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 09 días del mes de agosto de 2023.

Firma: Maria Elena Rivera P

Nombre: Maria Elena Rivera P

C.C: 20.468.914-Chía

Teléfono: 315 229 8941 300 7040

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 318 211 8656 - Vicente Rivera P.

Dirección: _____



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2405

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.468.914**
RIVERA PEDRAZA

APELLIDOS
MARIA ELENA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1952**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-AGO-1973 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00009601-F-0020469914-20080530 0000334038A 1 1590008676

2406

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES



La salud
es de todos

Minsalud

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	20468914	RIVERA	PEDRAZA	MARIA	ELENA	2023-07	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE
CC	20468914	RIVERA	PEDRAZA	MARIA	ELENA	2018-04	CRUZ BLANCA E.P.S	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
COMPENSAR E.P.S	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización



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 desplazarse a los puntos de atención presencial: www.grupovanti.com/oficinavirtual

Le damos la bienvenida a los nuevos aliados,
donde podrás comprar con **vanti✓**
Listo



KTRONIX



Para conocer todos nuestros aliados escanea aquí



Entidades Recaudadoras

Medios de pago



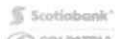
vanti✓

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



Escanea para
pagar tu factura

Pagos electrónicos



Puntos Presenciales

- Fullcarga
- MoviiRed
- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Banco Caja Social

- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Jumbo, Éxito, Olímpico
- Efecty

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



Cuenta o

Referencia de pago:

61666228

vanti✓

Vanti S.A.

Cliente: MARIA ELENA RIVERA

Ruta: 0011380291550006500

Dirección: CL 63B BIS 85 0015 I03 I04 00101

Municipio: BOGOTÁ

Sector: VILLA LUZ

Código Sector 220

Código Postal: 000000

Lote: P05GN

Medidor No.: 5077101-1014461



CUPO DISPONIBLE

\$ 3.300.000



Compra ya con Vanti Listo y paga por medio de la factura de gas

*Conoce TYC de la campaña ingresando a vantilisto.com/celebraciones. Descuento únicamente aplicable por compras superiores a \$1.500.000. Campaña vigente del 1/11/22 al 31/12/22 hasta agotar existencias, 5.000 bonos de descuento a entregar. ** Aplica únicamente por las categorías de productos señalados en la política de financiación y por compras realizadas en los almacenes aliados, consúltalos en vantilisto.com

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriental S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti

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

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo

164



Puntos de atención presencial:

Puedes consultarlos en nuestra página web www.grupovanti.com

vanti✓

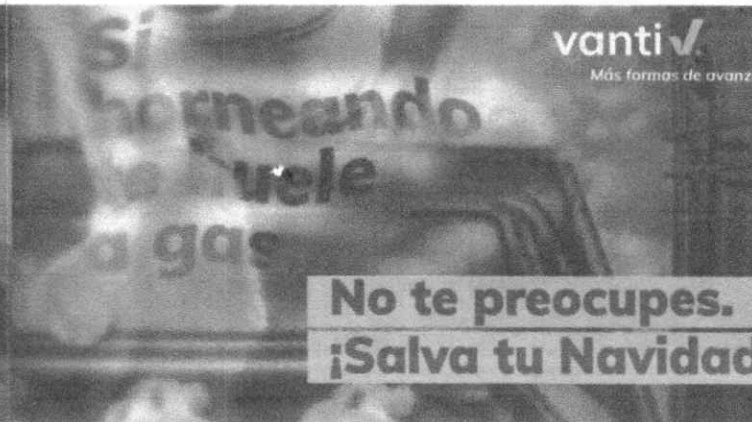
Más formas de avanzar

Afíliate escaneando
este QR y reclama un
regalo navideño.



vanti✓

Más formas de avanzar



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

2408

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Notación

09/08/2023.

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Marteny Cortes Boheco

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? *

39525195

4. ¿Cuál es su número de celular?

3124068765

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

marteny.cortes78@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Calle 70 A # 87 A-75

7. ¿Cuál es su edad? *

62

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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)?* _____

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

2409

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☒ 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!

"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 DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Marteny Cortés Pacheco mayor de edad e identificado (a)
con la cédula de ciudadanía No. 39525195 de
Engativá y domiciliado en el barrio #10210 acepto ser parte
del proyecto ESCUELAS DE FORMACIÓN 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 9 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Marteny Cortés Pacheco

Nombre: Marteny Cortés Pacheco

C.C.: 39525195

Teléfono: 312 4068165 - 3865883

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 305 3486491

Dirección: Calle 70A N° 87A75



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2411

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39525195

CORTES PACHECO
APELLIDOS

MARLENY
NOMBRES

Marleny Cortes P

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1961

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

O+
G S RH

F
SEXO

14-SEP-1979 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500110-43080431-F-0039525195-20000718

0206700195D 01 089295985

2412



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARLENY CORTES PACHECO identificado(a) con CC 39525195 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/01/2017
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN, a los 08 días del mes agosto 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.

3152

ENERGIA		Tipo de Lectura: Real	
Situación encontrada: Normal		C. Activos Conexión de Energía	
APORTE DEL 20.00% DEL VALOR FACTURADO 38634		ENERGIA 38654	
SUBTOTAL: \$19,164		CONTRIBUCION APORTE DEL 20.00% DEL VALOR FACTURADO 38634	
SUBTOTAL: \$19,164		SUBTOTAL: \$19,160	
Otras cobros de productos y servicios		Ajuste a la decena (credito) \$-4	
Otros cobros de productos y servicios		SUBTOTAL: \$-4	
1 TOTAL ENERGIA: \$19,160		2 TOTAL OTROS: \$0	
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 pago puntual, el costo por concepto de recobros es hasta de \$58,853		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 pago puntual, el costo por concepto de recobros es hasta de \$58,853	
ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de \$798.5036 KWH		ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de \$798.5036 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

Estamos tomando medidas para mitigar el impacto.

Enel

NÚMERO DE CLIENTE
0580860-7

Factura de Servicios Públicos No.
733429074-8



(415)77072099 14253(9020)01058086077334290748(3900)00000000019160

PAGO OPORTUNO
03 AGO/2023
TOTAL A PAGAR
\$19,160

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

2419

Número de contrato Nombre de la escuela de formación en la que participa. Fecha de la inscripción:

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

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? * 4. ¿Cuál es su número de celular?

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * 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 → 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)? *

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 ☐ Nuij ☐ 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)?* _____

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

2415

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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 informal
☒ 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.

L

¡Gracias por su tiempo!



2416

"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 Dora Emma Martínez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 35316417 de Junin y domiciliado en el barrio Boyaca D., 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 9 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Dora Emma Martínez G.
Nombre: Dora Emma Martínez Coasca
C.C: 35316417
Teléfono: 3203990904
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 6014837443
Dirección: Cs 73 A n° 71-7A



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **35.316.417**

MARTINEZ GUASCA

APELLIDOS

DORA EMMA

NOMBRES

Dora Emma Martínez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1957**

JUNIN
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

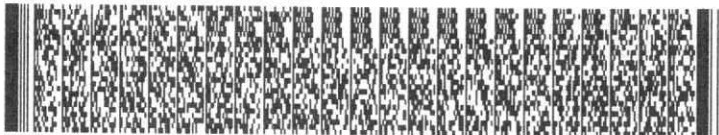
1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

27-JUL-1977 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01265050-F-0035316417-20211111

0076295576A 4

8502702406

2418



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	35316417
NOMBRES	DORA EMMA
APELLIDOS	MARTINEZ GUASCA
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	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/09/2023 11:56:17 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.



Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 890 093 875-9
Calle 93 No. 13 - 45 PISO 1



ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 756359264-0

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

0571201-2

10845

CLIENTE

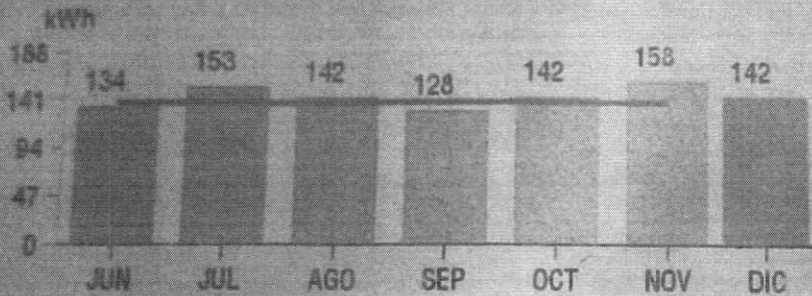
JOSE DEL C MARINEZ
KR 73 A NO 71 - 74

BOGOTÁ, D.C.
BOYACÁ



¿Quieres tu factura
virtual? Escanea el
código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
\$723.08

CONSUMO DIARIO:
4.8 kWh

VALOR DIARIO:
\$3.054

PERIODO FACTURADO:
22 NOV/2022 A 21 DIC/2022

DÍAS
FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
142 kWh

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
137 kWh



En los próximos días tendrás acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
de energía se encuentra dentro de lo habitual!

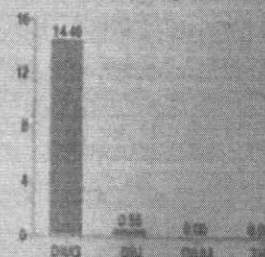


INFORMACIÓN DE LA CUENTA

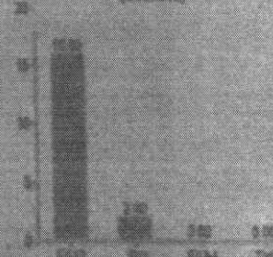
CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA KW: 3
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 3000 5 17 503 1299
RUTA LECTURA: 3000 5 17 503 0381
MANZANA DE LECTURA: MS00560307
MEDIDOR NO: 27411235

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES
(Horas)



FRECUENCIA INTERRUPCIONES
(Eventos)



CD: 13/28TR1

GRUPO: 11 MC: 8.00 VC: 0 CEC: 0.00

PERIODO: Octubre/2022 DL: 217.34 CF: 143 MC: 0 MF: 1 SC: 14

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2010 y 036 de 2010



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Esta Navidad, ahorra con tus decoraciones usando bombillos de lámpara LED.
Estos iluminan igual a los regulares, pero consumen muchos menos vatios por hora.

(8058)

16.145 Page 1 of 2

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

2420

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023.

Natación.

9-08-2023.

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Luz Marina Diaz Pinzon.

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? *

35314481

4. ¿Cuál es su número de celular? *

3202290005.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? *

CU 68A # 72B-03

7. ¿Cuál es su edad? *

72

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)? *

**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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2421

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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.

L

¡Gracias por su tiempo!



"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 Luz Marina Diaz Pinzon mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 35.314.481 de Bogotá y domiciliado en el barrio Boyaca, 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 09 días del mes de Agosto de 2023.

Luz Marina Diaz Pinzon

Firma: Luz Marina Diaz Pinzon

Nombre: Luz Marina Diaz Pinzon

C.C: 35 314 481

Teléfono: 320 2290005

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 315 2805531 (Diana Jimenez)

Dirección: Calle 68 A # 72B-03



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2423

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.314.481**

DIAZ PINZON

APELLIDOS
LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Diaz Pinzon

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1949**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

30-NOV-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00018722-F-0035314481-20080701 0000705106A 1 1430006333

Gmail. Luz marina diaz pinzon62@gmail.com



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	35314481
NOMBRES	LUZ MARINA
APELLIDOS	DIAZ PINZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/07/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

07/10/2023
08:24:43

Estación de
origen:

2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

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

2426

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

09/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Luz Ensuño Noreña Montoya

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? *

51703225

4. ¿Cuál es su número de celular?

3102792312

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

luzenm14@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cl 77b # 114a - 08

7. ¿Cuál es su edad? *

61

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?

☐ No

☐ Sí

→ ¿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? *

☐ Sí

→ 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)? *

**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 ☐ Nuij ☐ 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)? * _____

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

2427

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!



2428

"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 Luz Enseno Noreña Montaña mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51703225 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Gran Granada 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 D.C. a los 09 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Luz Enseno Noreña M
Nombre: Luz Enseno Noreña M
C.C: 51703225
Teléfono: 310 2792312
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 305 768 6710
Dirección: Calle 77B # 114A - 08 Apto 301



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2429

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.703.225**
NOREÑA MONTOYA

APELLIDOS
LUZ ENSUEÑO

NOMBRES

Luz Ensueño Montoya H
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1961**
CARAMANTA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 **A-**
ESTATURA G.S. RH

16-NOV-1981 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO **F**



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01143224-F-0051703225-20200630 0071015709A 1 9912451950

MINISTERIO DEL INTERIOR



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Luz Ensueño Noreña Montoya** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **51703225**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

TIPO DE AFILIADO

PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO

ESTADO DE LA AFILIACIÓN

CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN

FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS

FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS

SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS

SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS

SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO

RÉGIMEN

FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN

NIVEL SISBEN

CC 51703225

Luz Ensueño Noreña Montoya

Beneficiario

Conyuge

22/08/1961

0 Tiene Derecho A Cobertura Integral

10 - Cobertura Integral

01/10/2021

Activo(a)

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

Sin semanas reportadas en EPS SANITAS

Contributivo

01/10/2021

No aplica

EPS Sanitas
Servicios Médicos
Oficina Calle 80

Generado por hasparza

03/08/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

GRUPO 1 CREDITO BL-30-13MSTR - AVEL DE TENDON I PROPIEDAD F-... COB FACTURACION:

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

2432

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

10/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

Jair Enrique Salcedo Rodríguez

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? *

80814475

4. ¿Cuál es su número de celular? *

3012549627

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

enrique.salcedo84@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

Cr 101 No 82-52 int 7

7. ¿Cuál es su edad? *

39

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)? *

Mariona Salcedo Vargas

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

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

1016723921

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

12

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

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

No tiene.

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

2433

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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 101 # 82-52 int 7 Apt 512.

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

**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 informal
☐ 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!

"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 Salcedo Rodríguez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80814475 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bachica, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA 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 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza: Madre ☐ padre ☒ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: Juan Salcedo

C.C: 80814475

Teléfono: 3012549627

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3177686947

Dirección: Cr 101 No 82-52 int 7

APT 512

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1016723921

Mariana Salcedo Vargas

2435



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-FEB-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

16-ABR-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

B+
G S RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VALEA



P-1500150-01011708-F-1016723921-20180601

0061385114A 1

1364918828

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.723.921**

SALCEDO VARGAS
APELLIDOS

MARIANA
NOMBRES

Mariana Salcedo
FIRMA







NIT901.127.521-0

CERTIFICACION

Hacemos constar que **MARIANA SALCEDO VARGAS** identificado(a) con **TI 1016723921** se encuentra en estado **ACTIVO** como **BENEFICIARIO** en el servicio medico que presta **UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA**. Regimen de excepción.

Con los siguientes **MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR**:

TIPO	DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS	ESTADO	PARENTESCO
RC	1141135238	MIGUEL ANGEL	SALCEDO VARGAS	ACTIVO	HIJO(A)
TI	1016723921	MARIANA	SALCEDO VARGAS	ACTIVO	HIJO(A)
CC	80814475	JAIR ENRIQUE	SALCEDO RODRIGUEZ	ACTIVO	COTIZANTE PRINCIPAL

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado(a) a los **10** días del mes de **agosto** de **2023**.

ATENTAMENTE,

Generado: Aplicativo Integr@ UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA

JAIR ENRIQUE SALCEDO RODRIGUEZ

KR 101 82 52 IN 7 AP 512

Número Identificación: 80814475

e - mail: enriquesalcedo84@gmail.com

Teléfono 6017121752 Estrato 3

Estado de cuenta al día

Número de cuenta para pagos **12054735522**

Total a pagar **\$ 79.900**

Fecha límite de pago para evitar suspensión **31 Jul 2023**

Plan actual: Ilimitado Hogares - Min. consumidos Jun: 0 - Prom. Histórico: 0

Resumen de cuenta

Saldo Anterior	\$ 79.900,00
Pago recibido	\$ -79.900,00
Servicio del mes	\$ 79.900,00
Total a pagar	\$ 79.900,00

Detalle de cargos facturados

• Paquete internet y voz (09 Jul - 8 Ago)	\$ 78.095,00
• IVA 19%	\$ 1.805,00

Total servicio del mes 79.900,00



Pagar tu servicio es muy fácil, en: **etb.com/pagos**



No requieres factura física.



PAGA AQUÍ

El hurto o daño a los bienes de ETB afecta la disponibilidad del servicio y puede llegar a dejarlo sin éste por un periodo indeterminado, ya que escapa a los labores habituales de mantenimiento que realiza ETB. DENUNCIE cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Presencia de personal ajeno a ETB en postes, ductos o manipulando cajas, tapas o cables telefónicos
2. Presencia de personal ajeno a ETB manipulando medidores o centros de medición
3. Cajas o tapas levantadas o en la intemperie
4. Rollos de cable dejados en la intemperie
5. Cualquier otra actividad irregular en la red

Si tiene dudas de la autenticidad del personal de ETB, puede verificarlo verificando actividades sobre nuestra infraestructura, llame inmediatamente a la siguiente línea y así protegerá la disponibilidad de sus servicios.

Línea Bogotá 601242 2222 ó 601242 3888

Su ayuda es importante para mantener un buen servicio.

TU NÚMERO DE CUENTA PARA PAGOS ES: 12054735522

Con este número siempre podrás pagar sin factura física en:

etb.com/pagos vía , con tu banco tradicional, DaviPlata o Nequi.

También puedes pagar en Efecty.



Informativo: Cláusula de Permanencia (Res. 4930 CRC)

Servicio	Fecha Inicio	Fecha Fin	Cargo Conexión	Descuento por no retiro	Valor a pagar en caso de retiro
LINEA TELEFONICA	01/02/2023	31/01/24	\$750.000	\$62.499	\$375.000
INTERNET	01/02/2023	31/01/24	\$750.000	\$62.499	\$375.000

Lo anterior es estipulado por la resolución 4930 de la CRC, es informativo y no hace parte del valor a pagar del mes.

Señor cajero favor dejar libre de firmas y sellos tanto el frente como el respaldo de la franja



(415)7707181500017(8020)10003164935297(3900)0000079900(96)202308

Número de cuenta para pagos..... **12054735522**
Número de factura electrónica de venta.. **EB 000316493529**
Total a pagar..... \$ 79.900

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

2438

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490- 2023

Nalacion

10 / 08 / 2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

HEIDY ZULEYNE GUEVARA HERNANDEZ

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? *

11014-196-580

4. ¿Cuál es su número de celular? *

3022304916

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

bgirlsherdys8-ndr@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

CZ 80 # 70-43.

7. ¿Cuál es su edad? *

34

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)? *

DARLAN STEVEN MARTINEZ GUEVARA

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 ☐ Nuij ☐ Cédula de extranjería ☐ NIT
☐ Pasaporte ☐ Permiso Especial de Permanencia ☐ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1'014.216.848

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 14 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)? 3022304916.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)?* bgilshcidy88-ndr@hotmail.com

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

2439

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

CE 80 # 70-43

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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!

2440

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.216.843**
MARTINEZ GUEVARA
APELLIDOS
DAMIAN STEVEN
NOMBRES

Damian Martinez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-NOV-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
01-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VALEA



P-1500150-00845647-M-1014216843-20160831 0050800339A 1 128403/836



2441

"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 HEIDI ZUENNE GUEZA FERNÁNDEZ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 11014-196-560 de BOGOTÁ y domiciliado en el barrio SANTA HELENA Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA INTEGRACIÓN 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 10 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: HEIDI ZUENNE GUEZA FERNÁNDEZ

C.C: 11014-196-560 BTA

Teléfono: 3022304916

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: 0780 # 70-43

DANIAN STEVEN MARTINEZ GUEZA

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 11014-216-843



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2442

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.196.560
GUEVARA HERNANDEZ

APELLIDOS
HEIDY ZULEINNE

NOMBRES

HEIDY GUEVARA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1988

MUZO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

G.S RH

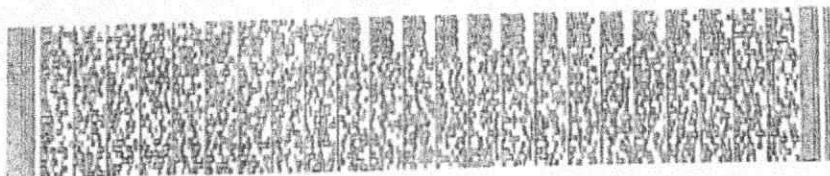
F

SEXO

14-DIC-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00733401-F-1014196560-20150913

0045816245A 1

1363511919



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAMIAN STEVEN MARTINEZ GUEVARA identificado(a) con TI 1014216843 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 15/11/2014

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 días del mes de agosto del año 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.

2444



(415)7707316032000(8020)951773644514(3900)284885(96)20230806

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

2045

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490 - 2023

Natacion

10/08/2023

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

HEIDI ZULEYNE GUEJARA HERNANDEZ

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? *

11014-196-560

4. ¿Cuál es su número de celular?

3022304946

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

bgrisherdye88_ndr@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? *

CZ 80 # 70-43

7. ¿Cuál es su edad? *

34

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)? *

NICOL LORENA MARTINEZ GUEJARA

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)?* 1'016.950.580.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 16 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)? 3022304916.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)?* bg1rshedy88-ndr@hotmail.com.

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

2446

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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?

CE 80 # 70 -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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? _____

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!



2447

"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 HEIDI ZUENNE GONZA HERNÁNDEZ Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 11014196580 de BOGOTÁ y domiciliado en el barrio SANTA TERESA Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA NATACION 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 10 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma quien autoriza, Madre ☒ padre ☐ tutor ☐ cuidador ☐

Nombre: HEIDI ZUENNE GONZA HERNÁNDEZ

C.C: 11014196580

Teléfono: 3022304916

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3012423701 o 48089110

Dirección: CL 80 # 70-43

NEOL JORGE MARTINEZ CUEVA

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1016950580



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



2448

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.016.950.580**

MARTINEZ GUEVARA

APELLIDOS

NICOL LORENA

NOMBRES

Nicol Lorena Martinez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-2006**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

28-DIC-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

13-AGO-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ F
G S RH SEXO

Carlos Abel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00756257-F-1016950580-20151020 0047039266A 4 1273511956

2449

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.196.560
GUEVARA HERNANDEZ

APELLIDOS
HEIDY ZULEINNE

NOMBRES

HEIDY GUEVARA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1988

MUZO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

G.S. RH

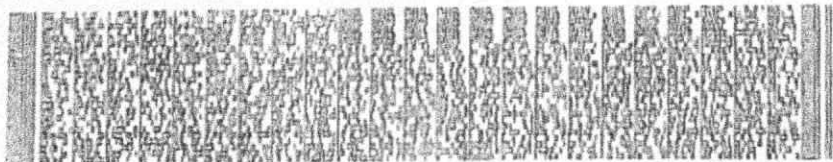
F

SEXO

14-DIC-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00733401-F-1014196560-20150813

0045816245A 1

1363511919



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NICOL LORENA MARTINEZ GUEVARA identificado(a) con TI 1016950580 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 15/11/2014

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 días del mes de agosto del año 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.

Hola, Santiago Bernal Sanchez



2451
tigo

Factura electrónica de Venta de servicios hogar

Fecha expedición factura: 13-07-2023.

Datos de envío y pago

CG/NIT: 1014264780

KR 80 # 70 - 48

Bogota D.C. - Distrito Capital De Bogota

Contrato: 18923675

Paga con este

Consumos entre: 01 julio al 31 julio

Referente de pago: 9517736445-14

Fecha límite de pago:

INMEDIATO

Signe conectado realizando el pago y evita cobro de reconexión de Internet.



or total a pagar:

\$ 284,885.00

Más detalles al reverso

Valor mensual de su plan	\$	57,522.57
Descuentos aplicados	\$	-2,280.62
Servicios Adicionales	\$	0.40
Saldos meses anteriores	\$	229,642.65

A partir de tu factura de noviembre de 2023 verás un incremento de \$2.521 antes de IVA en el valor del servicio de Televisión y \$3.000 antes de IVA en el de Internet. Más información en b.tigo.com/inc2023



Paga tu factura fácil y seguro en tigo.com.co/pago

Con Tarjeta de crédito VISA Tarjeta débito

¡Despreocúpate! Programa el pago automático con tarjeta de crédito o débito en tigo.com.co

Medios de pago presenciales: BBVA, Banco de Bogotá, Davivienda, Itaú, Banco GNB Sudameris, Corpbanca, Confiar, Coafinex, Cofrafa, Coopenesa, CFA, Credicor, Cerrito, Cito, Jumbo, Consumo, Mercalidas, Surinax, Home Art, Bama, Redeban, ATH, Servibanco, Susuerie, Puntored, Reval, Apostar, Eder, Bodega, JICA y Empresa Energía de Pereira. Forma de pago: Transferencia. Medio de pago: acuerdo mutuo (zzz).

La velocidad que disfrutas con tu plan de Internet en tu hogar es de 60 MG.

El proveedor del servicio, así como sus adicionales, complementarios o suplementarios es UNE EPM TELECOMUNICACIONES S.A. / NIT 9000923859 / CR 48 No 20-45 Código Postal 050030 / Medellín - Antioquia - Colombia / SOMOS AUTORETENEDORES (Resolución No. 07239 de julio 4 de 2010). GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES RETENEDORES DE IVA. Autorización numeración de facturación DIAN No. 18764035872-449 de 03 de Septiembre de 2022 al 09 de Marzo de 2024, de la BOPU600000000 la BOPU609999999. Factura electrónica de venta N. BOPU609999999. Fecha Expedición de la factura: 13-07-2023. 20230713-0520

Contrato: 18923675 / Referente de pago: 9515577800-23
CG/NIT: 1014264780

Pago Mínimo \$ 224,725.00

Este pago evitará la suspensión o generará la reconexión.

Código
Recibo
200

Contrato: 18923675 / Referente de pago: 9517736445-14
CG/NIT: 1014264780

Pago Total \$ 284,885.00

Fecha límite de pago: 06 de Agosto de 2023



(415)7707316032000(8020)951557780023(3900)224725(96)20230706



(415)7707316032000(8020)951773644514(3900)284885(96)20230806

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

2452

Número de contrato

Nombre de la escuela de formación en la que participa.

Fecha de la inscripción:

490-2023

Natación

10 de Agosto

1. ¿Cuál es su nombre completo? *

HECTOR ORLAUDO ANCHIQUE ROZO

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? *

19272930

4. ¿Cuál es su número de celular? *

3132189455

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

ANCHIQUE ROZO 03@HOTMAIL.COM

6. ¿Cuál es su dirección? *

CALLE 71C N° 93-64 APTD. 203 PF. 2

7. ¿Cuál es su edad? *

67

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? *

☒ No

☐ Sí

→ ¿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? *

☐ Sí

→ 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)? *

Las preguntas marcadas con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 1 de 4

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 ☐ Nuij ☐ 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.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 2 de 4

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

2453

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

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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? *

- ☐ Indígena ¿A cuál grupo indígena? _____ ☐ 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



Pág. 3 de 4

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? ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

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.

M

¡Gracias por su tiempo!

Las preguntas marcadas
con * son obligatorias.



ALCALDÍA LOCAL DE
ENGATIVÁ



Pág. 4 de 4