2454

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo HECTOR ORLANDO ANCHIQUE ROZO mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 19.272.930 de BOGOTÍ y domiciliado en el barrio CARMELO, 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 10 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma: _____
Nombre: HECTOR ORLANDO ANCHIQUE ROZO
C.C: 19272.930
Teléfono: 3132189455
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3108914762
Dirección: CALLE 71C N° 93-64 APTO: 203 P.F: 2

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

2455

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.272.930**

ANCHIQUE ROZO

APELLIDOS

HECTOR ORLANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAY-1956**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01139127-M-0019272930-20200601 **00707**23830 1 9912164610

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19272930
NOMBRES	HECTOR ORLANDO
APELLIDOS	ANCHIQUE ROZO
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	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/10/2023 14:25:58	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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 [illegible] prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, [illegible] 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

2057



enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.876-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0582162-9

13606

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733425924-6

13606

CLIENTE

HECTOR ORLANDO ANCHIQUE ROZO
CL 71 C NO 93 - 64 AP 203
APTO 203
BOGOTÁ, D.C.
LOS ÁLAMOS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(10296)

Clientes Colombia
op 316 890 6003

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

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

DOLENCIAS
01 6 894 894

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

Rappi pay | MOVII | DAVIplata | NEQUI | tpaga

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

RED CADE | enel

Almacenes de Cadena

Metro

...rres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio.
...o para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía
...ADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

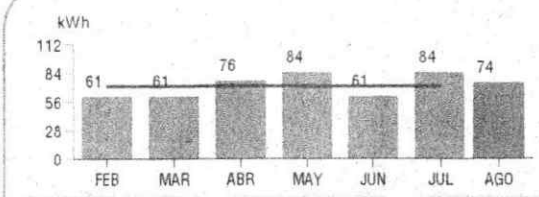
s del costo:	Vigencia: JUN/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
R: 14.86 CF: 0.00	/ $831.34 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

Tarifa $1.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común

...anamos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éste antes de la fecha señalada para pago
...a de Bogotá al 01 6000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A.
...5 de diciembre de 2022.
...udio de aprobación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
...ículo 130 de la ley 142 1994
...Guía
...el cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL
...le invitamos a ...ísitas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de
...123

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

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 2.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,732

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 71 kWh

PERÍODO FACTURADO: 26 JUN/2023 A 25 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 74 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 01 503 0844
RUTA LECTURA:	3000 5 01 503 0651
MANZANA DE LECTURA:	MS00562555
MEDIDOR NO:	56252453
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 92347R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 Dt: 218.62 CF: 61 MC: 0 MF: 1 %t: 16

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8 23.133 - Page 1 of 4

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

2458

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? * Estella Rativa santana

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Permiso Especial de Permanencia
- [ ] Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 51785490

4. ¿Cuál es su número de celular? 3124565812

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * KR 72 NO 77-24

7. ¿Cuál es su edad? * 62

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- [x] No
- [ ] Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- [ ] Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- [x] No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *
- [ ] Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* [ ] Persona con discapacidad [ ] Adulto(a) Mayor [ ] Menor de edad
- [ ] Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* [ ] Agrupación o colectivo [ ] Institución [ ] MiPyMES
- [ ] Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

2460

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Estella Rativa santana mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51785490 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bonanza, 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 Bogota a los 10 días del mes de agosto de 2023.

Firma: Estella Rativa santana
Nombre: Estella
C.C: 51785490
Teléfono: 3124565812
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: 3208438258

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.785.490**

RATIVA SANTANA

APELLIDOS

ESTELLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

30-SEP-1983 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00213856-F-0051785490-20100210 **00207**88323A 1 1200629197

2462

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	51785490
NOMBRES	ESTELLA
APELLIDOS	RATIVA SANTANA
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	01/09/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/10/2023 15:23:07	**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

2463



enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas, la número de cuenta es:

0560946-3

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 722857630-1

15824

CLIENTE

ROSALBA SABOGAL VERA
KR 72 NO 77 A - 24

BOGOTÁ, D.C.
BONANZA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Contáctanos

Enel Colombia | App Enel CClientes Colombia | Chat de atención al cliente en la página web de Enel Colombia
@EnelClientesCO | WhatsApp 320 890 6009 | Formulario PQRs en la página web de Enel Colombia en la sección de Peticiones, Quejas o Reclamos

Servicio telefónico al cliente: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | Barranquilla 115 Costo telefónico | Medellín 601 5 924 924 | Correo electrónico de atención al cliente

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Daviplata | Internet | Teléfono Bancos | Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online

Billeteras Virtuales: Nequi | Daviplata | Dale!

Corresponsales Bancarios: CONRED | efecty | Reval | Gana | Su Red | Su Red de apoyo de Colombia | Punto Red | MOVIRED | Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias podríamos registrarnos demoras de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Si no se cancela el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Usme y CADE Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 80.70 D: 854.30 CV: 66.70 PR: 70.69 R: 14.89 CP: 0.00 / $ 2021.34 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023 — **Tarifa aplicada Opción Tarifaria 705.59 Costo kWh Mes**

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,24 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2005. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, bien de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012229 de 30 de diciembre de 2022.

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

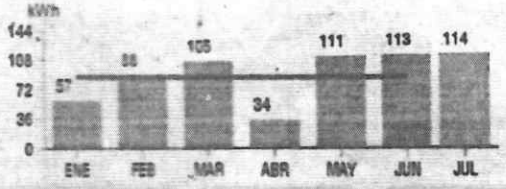
Este factura de venta presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015/11 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 24 JUL 2023

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



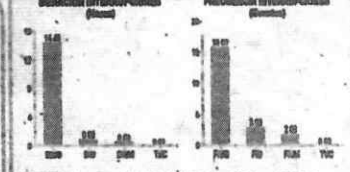
VALOR kWh APLICADO: $705.59
CONSUMO DIARIO: 3.4 kWh
VALOR DIARIO: $2,349
PERIODO FACTURADO: 18 JUN 2023 A 18 JUL 2023
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 114 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 86 kWh

Para mas información sobre LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO ingresa a www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	12
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 16 505 0773
RUTA LECTURA:	3000 5 16 509 0115
MANZANA DE LECTURA:	MS00540673
MEDIDOR NO:	2963618
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CR: 2130/0721 GRUPO: 11 ND: 0.63 VG: 0 GSC: 0.63
PERIODO: Mayo/2023 DI: 210.62 CP: 111 SC: 0 SP: 1 %L: 1
Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2010 y 096 de 2010

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

2464

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:
440 - 2023	Natacion.	10/09/2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rosalba Saboga/ Vera

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 51.843.414

4. ¿Cuál es su número de celular? 3108172953

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * gabrialvvFer48@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * AV Boyaca 77A 24

7. ¿Cuál es su edad? * 65

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2465

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XXL

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2466

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Rosalba Sabogal Vera mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de 51.843414 y domiciliado en el barrio Bonanzo, 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 Bogota a los 10 días del mes de agosto de 2023.

Firma: [signature]
Nombre: Rosalba Sabogal V
C.C: 51.843414
Teléfono: 3108172953
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3017123348
Dirección: A Boyaca 77 A 94

2467

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.843.414

SABOGAL VERA
APELLIDOS

ROSALBA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1958
SAN JUAN DE ARAMA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

12-MAR-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500110-45131882-F-0051843414-20050707 06837 05187B 02 167888114

2468

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

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	51843414
NOMBRES	ROSALBA
APELLIDOS	SABOGAL VERA
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	15/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/10/2023 15:22:03	**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 -

2469

FACTURA DE

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

ROSALBA SABOGAL VERA
AK 72 77A 24

ENGATIVA
BONANZA

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

ZONA: 2 **CICLO:** U2 **RUTA:** U22789A

Datos del medidor

MARCA: JANZ NÚMERO: 6761381 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10150580

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 11622617113

TOTAL A PAGAR $93.840
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

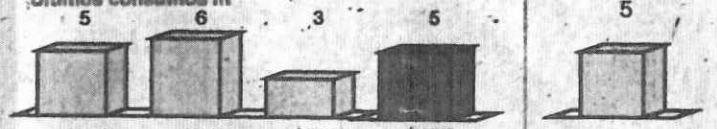
Fecha de pago oportuno MAY/19/2023

Fecha de suspensión MAY/25/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	244	CONSUMO (m³)	5
LECTURA ANTERIOR:	239		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/12/2023 - ABR/13/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/06/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidios (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.470,69	$16.471	$2.471-	$14.000,09	$14.000
Consumo residencial básico	5	$3.214,89	$16.074	$2.411-	$2.732,65	$13.663
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$32.545	$4.882-		$27.663
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.828,88	$7.829	$1.174-	$6.654,55	$6.655
Consumo residencial básico	5	$3.309,54	$16.548	$2.482-	$2.813,11	$14.066
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$24.377	$3.656-		$20.721

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$4-	
Intereses de mora			$30	
Subtotal Otros Cobros (3)			$26	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4) $48.410

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) $24.192 CONSUMO DÍA (AGUA Y ALCANTARILLADO) $793

Consecutivo No. 79211143-3
Tel: 545 9800
15 MAY 2023

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CANALES SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 830.053.812-3 22/05/2023 03.05.2023

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

2470

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? * Heidy Zuleinne Ecevara Hernandez

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Permiso Especial de Permanencia
- [ ] Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1014-196-360

4. ¿Cuál es su número de celular? 3022304946.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * bgirlsheidy88_ndr@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * CL 80 # 70-43

7. ¿Cuál es edad? * 34

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- [ ] No
- [x] Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

- [ ] Persona con discapacidad
- [ ] Adulto(a) Mayor
- [ ] Niño/a
- [x] Joven
- [ ] adolescente
- [ ] Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- [x] Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- [ ] No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

- [x] Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* [ ] Persona con discapacidad [ ] Adulto(a) Mayor [x] Menor de edad
- [ ] Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* [ ] Agrupación o colectivo [ ] Institución [ ] MiPyMES
- [ ] Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Sara Valentina Baron Hernandez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1014. 239. 145.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ☒ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3022304946.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * bgirl6heidy88_ndr@hotmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2471

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? CL 80 # 78-43

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

2472

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo HEIDY ZULENNE GUEVARA HERNANDEZ identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014-196-560 de BOGOTA 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 DEPORTIVÁ NATACIÓN Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en BOGOTA a los 10 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: HEIDY ZULENNE GUEVARA HERNANDEZ
C.C: 1014-196-560 BTA.
Teléfono: 3022304916.
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CR 80 # 70-18
SARA VALENTINA BARON HERNANDEZ
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1014.239.745.

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

2493

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.239.145**

VARON HERNANDEZ

APELLIDOS

SARA VALENTINA

NOMBRES

Sara Valentina Varon

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-OCT-2028 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00987107-F-1014239145-20180316 0060104045A 1 1364822609

2474

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00733401-F-1014196560-20150813 0045816245A 1 1363511919

2495

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014239145
NOMBRES	SARA VALENTINA
APELLIDOS	VARON HERNANDEZ
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	06/11/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

2476

Hola, Santiago Bernal Sanchez

Factura electrónica de Venta de servicios hogar

Fecha expedición factura: **13-07-2023**.

Datos de envío y pago

CC/NIT: 1014264780
KR 80 # 70 - 48
Bogota D.C - Distrito Capital De Bogota

Contrato: 18923675 Paga con este núm

Consumos entre: 01 julio al 31 julio
Referente de pago: 9517736445-14
Fecha límite de pago:

INMEDIATO

Sigue conectado realizando el pago y evita cobro de reconexión de $40.00 incluido.

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 pse

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

Medios de pago presenciales: BBVA, Banco de Bogotá, Davivienda, Itaú, Banco GNB Sudameris, Corpbanca, Confiar, Coofinep, Cotrafa, Coopenesa, CFA y Occidente, Carulla, Éxito, Jumbo, Consumo, Mercaldas, Surtimax, Home Art, Gana, Redeban, ATH, Servibanca, Susuerte, Puntored, Reval, Apostar, Edeq, Bancolombia, JJPITA y Empresa Energía de Pereira. **Forma de pago 1**: contado- **Medio de pago:** acuerdo mutuo (zzz).

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

El prestador del servicio, así como sus adicionales, complementarios o suplementarios es UNE EPM TELECOMUNICACIONES S.A / NIT.9000923859 / CR 48 No 20-45 Codigo Postal 050030 / Medellin-Antioquia-Colombia / SOMOS AUTORRETENEDORES (Resolución No.07239 de julio 4 de2006), GRANDES CONTRIBUYENTES y AGENTES RETENEDORES DE IVA. Autorización numeración de facturación DIAN No, 18764035872449 de 09 de Septiembre de 2022 al 09 de Marzo de 2024, de la BOPU50000000a la BOPU99999999. Factura electrónica de venta N BOPU66989287. Fecha Expedición de la factura: **13-07-2023**. 20:49:26-05:00

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

Pago Mínimo $ 224,725.00

Este pago evitará la suspensión o generará la reconexión.

Codigo Recaudo 200

(415)7707316032000(8020)951557780023(3900)224725(96)20230706
PRODUCTO CUPÓN DE PAGO - VALOR

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

Pago Total $ 284,885.00

Fecha límite de pago: 06 de Agosto de 2023

(415)7707316032000(8020)951773644514(3900)284885(96)20230806
PRODUCTO CUPÓN DE PAGO - VALOR

3.323

0000000900110000012268258-7-000000000099
CODIGOCUFEDIAN: 74a959086abce4f95108ab149f6b352f8fdee16d395ecef34b938e5d7299d0024531 29ec7efb3805b20be5ff92ac3523

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

2477

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

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	10/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Heidy Tatiana Gaitan Hernández

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?* 1014-196-560.

4. ¿Cuál es su número de celular? 3027304916.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * bgirlsheidy88-ndr@hotmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 80 # 78-43

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 → 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)?* Joan Santiago Baron Moreno

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.014.239.144

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 13 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)? * bgirlsheidy88_rdr@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cl 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? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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!

2479

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo HELOY ZUHENE GUEVARA HERNÁNDEZ Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014-196-560 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 DEPORTIVÁ NATACIÓN Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en BOGOTÁ a los 10 días del mes de AGOSTO de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: HELOY ZUHENE GUEVARA HERNÁNDEZ
C.C: 1'014-196-560 BTA
Teléfono: 3022304916
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CR 80 # 70 - 48.
JOAN SANTIAGO BACA HERNÁNDEZ
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1'014. 239 144.

2480

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

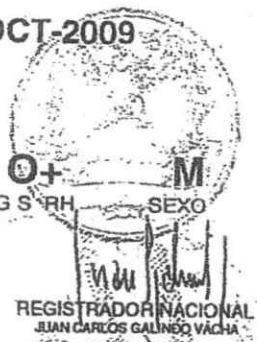
NÚMERO 1.014.239.144
VARON HERNANDEZ
APELLIDOS
JOAN SANTIAGO
NOMBRES



Joan
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
08-OCT-2027
FECHA DE VENCIMIENTO
O+ M
G S RH SEXO
31-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00904323-M-1014239144-20170510 0055370253A 1 1364377558

2482

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1014239144
NOMBRES	JOAN SANTIAGO
APELLIDOS	VARON HERNANDEZ
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	06/11/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

2483

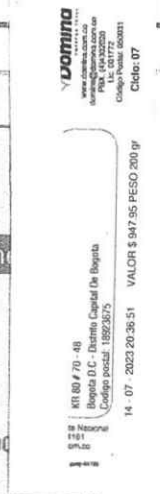
Hola, Santiago Bernal Sanchez

SERVICIOS HOGAR

tigo

Factura electrónica de Venta de servicios hogar

Fecha expedición factura: **13-07-2023.**



Datos de envío y pago

CC/NIT: 1014264780
KR 80 # 70 - 48
Bogota D.C - Distrito Capital De Bogota

Contrato: 18923675 Paga con este núm

Consumos entre: 01 julio al 31 julio
Referente de pago: 9517736445-14
Fecha límite de pago:

INMEDIATO

Sigue conectado realizando el pago y evita cobro de reconexión de $40.00 incluido.

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

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

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 Diners Club INTERNATIONAL **Tarjeta débito** pse

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

Medios de pago presenciales: BBVA, Banco de Bogotá, Davivienda, Itaú, Banco GNB Sudameris, Corpbanca, Confiar, Coofinep, Cotrafa, Coopenesa, CFA y Occidente, Carulla, Éxito, Jumbo, Consumo, Mercaldas, Surtimax, Home Art, Gana, Redeban, ATH, Servibanca, Susuerte, Puntored, Reval, Apostar, Edeq, Bancolombia, JJPITA y Empresa Energía de Pereira. **Forma de pago 1**: contado- **Medio de pago:** acuerdo mutuo (zzz).

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

El prestador del servicio, así como sus adicionales, complementarios o suplementarios es UNE EPM TELECOMUNICACIONES S.A / NIT.9000923859 / CR 48 No 20-45 Codigo Postal 050030 / Medellin-Antioquia-Colombia / SOMOS AUTORRETENEDORES (Resolución No.07239 de julio 4 de2006), GRANDES CONTRIBUYENTES y AGENTES RETENEDORES DE IVA. Autorización numeración de facturación DIAN No, 18764035872449 de 09 de Septiembre de 2022 al 09 de Marzo de 2024, de la BOPU50000000a la BOPU99999999. Factura electrónica de venta N BOPU66989287. Fecha Expedición de la factura: 13-07-2023. 20:49:26-05:00

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

Pago Mínimo $ 224,725.00

Este pago evitará la suspensión o generará la reconexión.

Codigo Recaudo 200

(415)7707316032000(8020)951557780023(3900)224725(96)20230706
PRODUCTO CUPÓN DE PAGO - VALOR

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

Pago Total $ 284,885.00

Fecha límite de pago: 06 de Agosto de 2023

(415)7707316032000(8020)951773644514(3900)284885(96)20230806
PRODUCTO CUPÓN DE PAGO - VALOR

3.323

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

0000000900110000012268258-7-0000000000099

CODIGOCUFEDIAN: 74e959086abce4f95108ab149f6b35218fdee16d395ecef34b938e5d7299d002453129ec7efb3805b20be5ff92ac3523

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

2484

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	11 agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * JUAN RAMON CUBIDES UMBA

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?* 4.121.027

4. ¿Cuál es su número de celular? 310587651

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Juancubides52@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 64G Bis Nº 85J-63

7. ¿Cuál es su edad? * 71 años

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

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
(⊗) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad
( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES
( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2485

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XL o 41

¡Gracias por su tiempo!

Falta certificado EPS
2486

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo JUAN RAMON CUBIDES UMBA mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 4.121.027 de Gachantiva (B) y domiciliado en el barrio Villaluz, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:
Nombre: JUAN RAMON CUBIDEZ UMBA
C.C: 4.121.027
Teléfono: 3105871651
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3043191110
Dirección: Cll e 64 G bis N° 85J-63

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

2487

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.121.027**
CUBIDES UMBA
APELLIDOS
JUAN RAMON
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1952**
GACHANTIVA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-NOV-1973 GACHANTIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00028582-M-0004121027-20080721 **00013**73709A 1 1280007718

1 Total Energía $46,920 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $46,920

PAGO OPORTUNO 03 MAY/2023

FECHA DE SUSPENSION 05 MAY/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0576465-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 19 MAY/2023

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	78646		73571		75		$773.49		$58,012
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 75 kWh X		Valor kWh $773.4864	X	Beneficio -15.00%				$-8,702
								SUBTOTAL:	$49,310

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,644 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$5
COMPENSAC CALIDAD SERVICIO CREG 015/18	$-2,395
SUBTOTAL:	$-2,390

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA $46,920

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo 2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE 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 $39.256

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $657.4719 KWh



Aviso importante

Desde **Enel Colombia** hemos detectado publicidad fraudulenta en Google con enlaces sobre nuestro sitio de pagos. Recomendamos a nuestros clientes estar muy atentos y usar únicamente el **botón de pago PSE** que está directamente en **www.enel.com.co**

Estamos tomando medidas para mitigar el impacto.

enel

PAGO OPORTUNO 03 MAY/2023

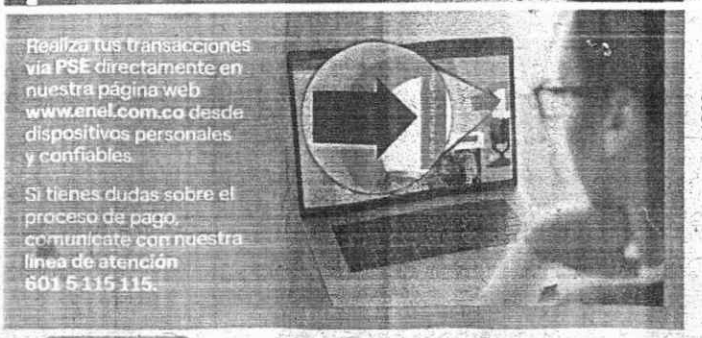
TOTAL A PAGAR

2483

NÚMERO DE CLIENTE 0576465-9

GRUPO I CIRCUITO PRUEBAS - NIVEL DE TENSIÓN I INGRESO: Empresa CON FACTURACIÓN:
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

¡Cuídate del fraude!



Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 318 890 6003
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Bancolombia, MOVIIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica, Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias implantamos diarras de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Usaquén.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: MAR/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:360.90 T: 52.35 D: 285.99 CV: 67.88 PR: 70.69 R: 17.36 CP: 0.00	/ $835.41 Costo kWh Mes	773.49 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1996.
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 comunícate al (031) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012226 de 26 de diciembre de 2022.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.
Esta factura da cobro previo a la prestación efectiva de la energía eléctrica.
En cumplimiento de la resolución CREG 015 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (031) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 25 ABR2023

14298

MOVIIRED

02/05/2023 12:08:43
PAPELERIA SERVICIOS INTEGRALESA SU SERVICI
#076321

No. transacción
ON230502.1208.J08898

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

No. autorización 914809120
Convenio: ENEL
Ref. 0105764659721577(
Valor: $46,920

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datafono como soporte del pago. El recibo del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0576465-9

14298 (10885) 25,959 - Page 1 of 2

URA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 721577666-8

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

ENERGÍA

VALOR kWh APLICADO $773.49

CONSUMO DIARIO: 2.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,644

75 75

FEB MAR ABR

30 CONSUMO MES 75 kWh

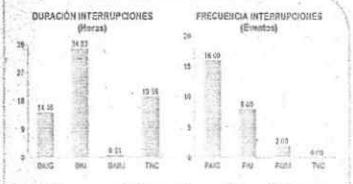
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 84 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 18 505 1705
RUTA LECTURA:	3000 5 18 513 0309
MANZANA DE LECTURA:	MS00562626
MEDIDOR NO:	5201720
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: DE CF: MC: 1 MF: 1 %E:

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.

2489

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

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	11/08/2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sandra Patricia Ramirez N

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 24120848

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102107684

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Sandrapatricia2000@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * C1164 BIS #107C 25

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Maria lizeth Acosta Ramirez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1188215870

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3102101684

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Sandrapatricia2000@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2490

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 64 BIS # 107C25

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

2091

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Sandra Patricia Ramirez U Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 24720 848 de Samondoco Boyaca y domiciliado en el barrio Muelle, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion Adaptada __convencional x del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (x) no ( )*

Se firma en Bogota a los 11 días del mes de agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Sandra Patricia Ramirez
C.C: 24720 848
Teléfono: 3102707684 - 3118728188
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 64 B 15 # 70 f C 25
Maria Lizeth Acosta Ramirez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1188215570

2492

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.188.215.570**
ACOSTA RAMIREZ
APELLIDOS
MARIA LIZETH
NOMBRES

María Lizeth Acosta
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-JUN-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
26-NOV-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+ G S RH
F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

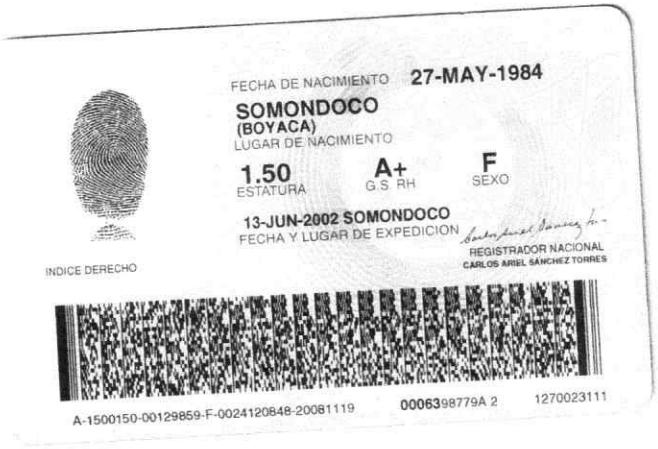
P-1500150-01047352-F-1188215570-20181128 0063291990A 1 1625241630



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.120.848
RAMIREZ NOVOA
APELLIDOS
SANDRA PATRICIA
NOMBRES

Sandra Patricia Ramirez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1984
SOMONDOCO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO
13-JUN-2002 SOMONDOCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00129859-F-0024120848-20081119 0006398779A 2 1270023111

2494

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	1188215570
NOMBRES	MARIA LIZETH
APELLIDOS	ACOSTA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	14/06/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/11/2023 15:01:25	**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

131

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL14-8961TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACIÓN: ER
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos D.

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.
- Como las fechas de tu factura variarán te recomendamos reservar el dinero para su respectivo pago.

Para información escanea el siguiente código QR:



Contáctanos

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: MOVII · NEQUI · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · efácil · Reval · TODO · Bancolombia · MOVIIRED

Red Distrital / Centros de Servicio: RED CADE · enel**

Almacenes de Cadena: Jumbo · Alkosto

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: JUN 2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 58.70 PR: 70.56 R: 14.86 CF: 0.00	$831.34 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores 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 estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 030 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 AGO2023

---

enel Bogotá

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

earth pact — PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es

6705086-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 7388608

2495

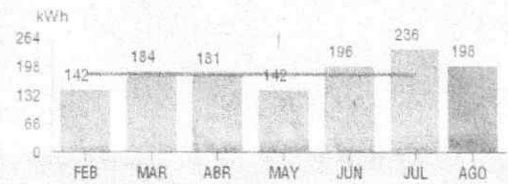
28131

CLIENTE

HERNAN ACOSTA CARDENAS
CL 64 BIS NO 107 C - 25 PI 3
PISO 3
BOGOTÁ, D.C.
EL MUELLE

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50

CONSUMO DIARIO: 6.8 kWh

VALOR DIARIO: $3,662

PERÍODO FACTURADO: 28 JUN/2023 A 27 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 198 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 180 kWh

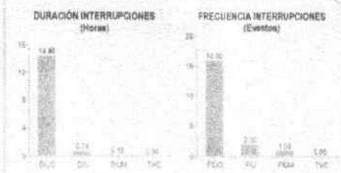
Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el teléfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

¡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:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 508 0579
RUTA LECTURA:	3000 5 03 518 0082
MANZANA DE LECTURA:	MS00565277
MEDIDOR NO:	110416
MEDIDOR NO:	110416

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: · GRUPO: · HC: · VC: · CEC:
PERIODO: · DI: · CF: · MC: 0 · MF: 1 · %t:

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

1 Total Energía $106,200 + 2 Portafolio Enel X $11,000 = Total a Pagar $117,200

PAGO OPORTUNO 09 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 11 AGO/2023

PAGO OPORTUNO 09 AGO/2023 | TOTAL A PAGAR $117,200

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 6705086-6

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 29 AGO/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de Lecturas	x	Factor	=	Consumo Facturado kWh	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario	=	Valor Facturado
CONSUMO ACTIVA SENCI	11645		11447		198		1		198	198		798.50		$158,104
CONSUMO REACTIVA SEN	6534		6465		69		1		69	0		254.33		$0

SUBSIDIO Consumo a subsidiar 130 kWh X Valor kWh $798.5036 X Beneficio -50.00% $-51,903

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3,662 DIARIOS

SUBTOTAL: $106,201

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-1
SUBTOTAL:	$-1

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $106,200

Otros cobros de productos y servicios

CONTRATO EXEQUIAL 3	$11,000

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo 2 TOTAL OTROS: $11,000

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

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $399.2518 KWh

DETALLE PRODUCTOS Y SERVICIOS - NO VALIDO PARA EFECTUAR PAGOS -

LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MORA ES DE 44.04% E.A.

Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia

PRODUCTO: Seguros y Asistencia

TITULAR / BENEFICIARIO PÓLIZA	COMPAÑIA	PRODUCTO ADQUIRIDO	VALOR A PAGAR
CÉDULA CLIENTE: XXXX0848	SEGUROS Y ASISTENCIAS ENEL	CONTRATO EXEQUIAL TRADICIONAL	$11,000
		PAGO MÍNIMO MES	$11,000

PAGO TOTAL PRODUCTOS MES $11,000

NÚMERO DE CLIENTE 6705086-6

Factura de Servicios Públicos No. 733860864-6

(415)7707209914253(8020)016705086673386086646(3900)000000000117200

2496

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:
	Natación Convecional	11/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Jenny Jaboneno.

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?* 52491930

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144793756

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * JennyJaboneno123@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 69a 73a72

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)?* Sara Lizeth Ramirez Jaborero

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1016956944

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)? 3224177472

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * jennyjabonero723@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2497

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? calle 65A 73A72

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2498

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Jenny Jabonero mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52491930 de Bogotá y domiciliado en el barrio Real, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Convencional 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 10 días del mes de agosto de 2023.

Firma: Jenny Jabonero
Nombre: Jenny Jabonero
C.C: 52491930
Teléfono: 3144793756
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3144793756
Dirección: calle 65 a 73 a 72

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

2499

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.956.944**

RAMIREZ JABONERO

APELLIDOS

SARA LIZETH

NOMBRES

Sara Ramirez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

20-ABR-2028 **B+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

24-OCT-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00967810-F-1016956944-20180110 0059100408H 1 49653619

2500

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.491.930
JABONERO NAVARRO

APELLIDOS
YENNY OMAIRA

NOMBRES

Jenny Jabonero

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1977
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAY-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01217901-M-0052491930-20210511 0074588343A 1 9915574804

Powered by CamScanner

750J

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **SARA LIZETH RAMIREZ JABONERO**; identificado(a) con **TI** número **1016956944**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **17/04/2023**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **1** días del mes **8** del año **2023**

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

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

Cordialmente,

Powered by CamScanner

8646

MESES

2502

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

JOSE DEL C JABONERO
CL 65A 73A 72

ENGATIVA
EL REAL

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

ZONA: 2 CICLO: A2 RUTA: A22014A

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NUMERO: 08015IB089888 TIPO: VELO015C DIAMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10846937**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14364094913**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$105.260**

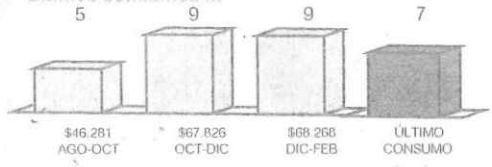
Fecha de pago oportuno: MAY/26/2023

Fecha de suspensión: MAY/31/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	1145	CONSUMO (m³)	7
LECTURA ANTERIOR	1138		
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
FEB/21/2023 - ABR/20/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: MAY/09/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: JUL/15/2023

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.575,63	$16.576	$2.487-	$14.089,26	$14.089
Consumo residencial básico	7	$3.235,13	$22.646	$3.397-	$2.749,86	$19.249
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$5	

...SERVICIO DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1901994-10 EAB-ESP
...00.05.2023

2503

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	11-08-2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsa Ernestina Galeano Torres

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?* 41536684

4. ¿Cuál es su número de celular? 3157176650

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * elsa.galeanotorres4@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Av. cll 80 #73A21 Int 4 Apto 136

7. ¿Cuál es su edad? * 71a

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1'027.741.382

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 11a 9m

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? Grado 9º

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)? 3406190736

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * elsa.galeanotorres4@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2504

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Av. Cll 80 Nº 73A 21 Int 4 Apto 136

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

2505

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Elsa Ernestina Galeano T Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41536684 de Bogotá y domiciliado en el barrio Sta María del Lago, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación. Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Elsa Ernestina Galeano Torres
C.C: 41536684
Teléfono: 3196789853 - 3157176650
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Av. Cll 80 #73A21 Int 4 Apto 136
Lucas Toro Godoy
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1'027.741.382

2506



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-2008

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

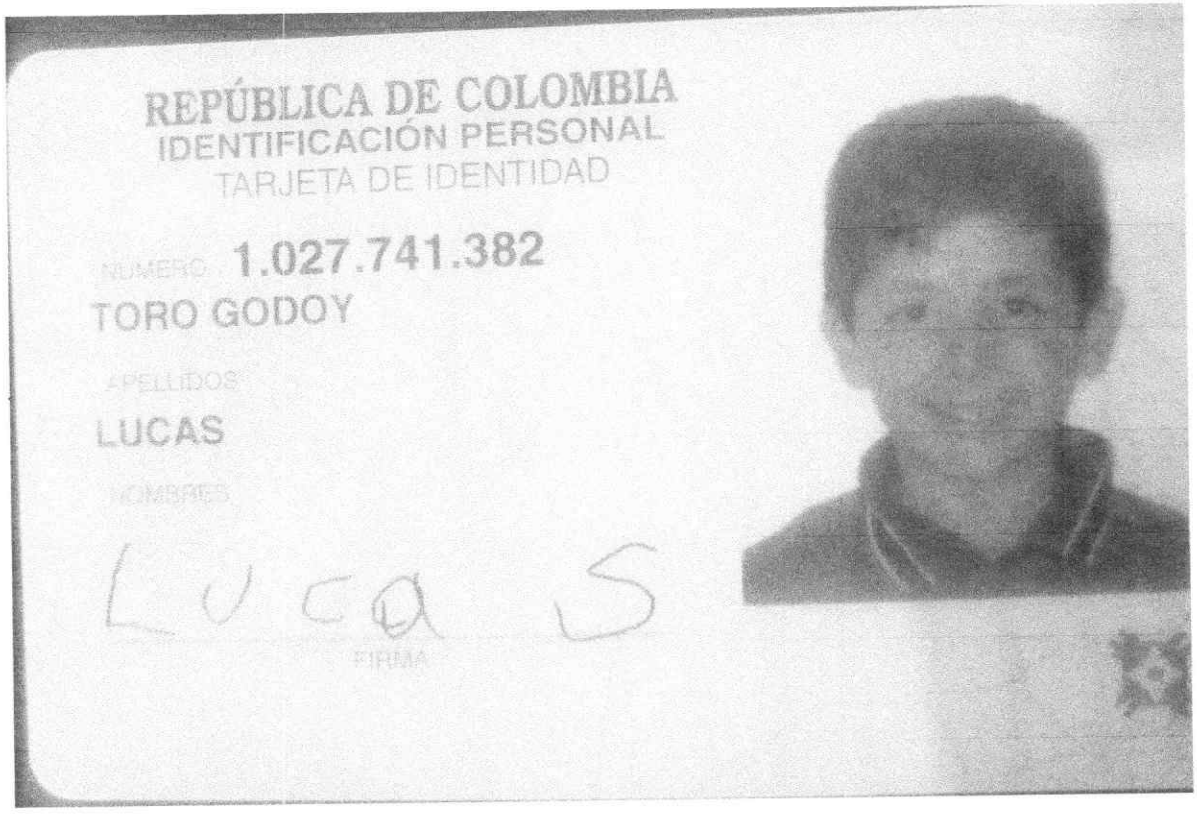
02-OCT-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

29-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00845647-M-1027741382-20160831 0050801895A 1 1364033257



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.027.741.382

TORO GODOY

APELLIDOS

LUCAS

NOMBRES

Lucas

FIRMA

2507

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.536.684**

GALEANO TORRES

APELLIDOS

ELSA ERNESTINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-1952**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

14-JUN-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00133356-F-0041536684-20081204 **00074**85453A 1 1270030102

2508

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1027741382
NOMBRES	LUCAS
APELLIDOS	TORO GODOY
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	10/10/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 02/03/2023 22:10:11 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

2509

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

1. A través de nuestra línea telefónica **601 5 115 115**, canales digitales o centros de servicio.
2. De no ser resuelta, entra a la página web en la sección del **Defensor del Cliente**.
3. Escríbenos a **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**
4. Trabajaremos en una solución para tu solicitud.



Contáctanos

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 línea 24 horas	601 5 694 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetero Virtual: MOVii, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, TODO, Bancolombia, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel **

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobalín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: JUN 2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 88.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00	/ $831.34 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada como tope o vencimiento. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115 fuera de Bogotá al 01 8000 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156 11 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 24 JUL2023

GRUPO 1 CIRCUITO: 8022 MAESTRO - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa CSD FACTURACIÓN: El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

enel Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1592997-4

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 732568540-0

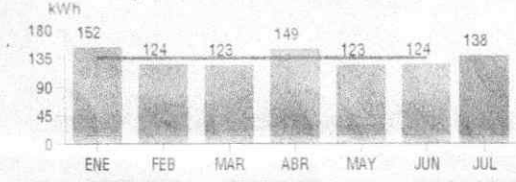
17402

CLIENTE

ELSA GALEANO
CL 81 NO 73 A - 81 IN 4 AP 136
APTO. 136
BOGOTÁ, D.C.
SANTA MARIA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50

CONSUMO DIARIO: 4.1 kWh

VALOR DIARIO: $2,867

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 133 kWh

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
15 JUN/2023 A 18 JUL/2023	33	138 kWh

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

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 16 506 1326
RUTA LECTURA:	3000 5 16 510 0639
MANZANA DE LECTURA:	MS00560248
MEDIDOR NO:	21509841
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: [illegible] GRUPO: [illegible] HC: 0.00 VC: [illegible] CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 219.72 CF: 7.33 MC: 0 MF: 1 %t: 19

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.

2510

Número de contrato: 490- 2023.

Nombre de la escuela de formación en la que participa.: Natacion

Fecha de la inscripción: 11- Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Dario Guillermo Rubiano Pinzon

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 79277193

4. ¿Cuál es su número de celular? 3127824816

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra. 73A # 76-70

7. ¿Cuál es su edad? * 60

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2511

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

⊗ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? Amputación falange distal dedo 2,3,4

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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 Alcaldía Local/Engativá ◯ 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? Desempleado

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!

2512

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Dario Guillermo Robiano Pinzón mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79277193 de Bogotá y domiciliado en el barrio Sta Ma del Lago, 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 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: 79277193
Nombre: Dario Robiano Pinzón
C.C: 79277193
Teléfono: 3127824816
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3137107018
Dirección: Cra. 73A # 76-70

Powered by CamScanner

2513



FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1963

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

30-SEP-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE IZQUIERDO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01204786-M-0079277193-20210125 0073199690A 1 9914413799

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **79.277.193**

RUBIANO PINZON

APELLIDOS

DARIO GUILLERMO

NOMBRES



FIRMA

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) DARIO GUILLERMO RUBIANO PINZON identificado con CC No. 79277193 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 79277193, con vigencia desde 3/17/2022 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	79277193	DARIO GUILLERMO RUBIANO PINZON	60	0	17/03/2022	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 11 días del mes de Agosto del 2023

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

2515.



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

EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
115 Opción 5 las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Débito Automático
Cobro Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Código QR
Red Distrital
Centros de Servicio
Reval
RED CADE
Almacenes de Cadena

Nos registramos cuando en los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Visítanos en www.enel.com.co para más información. Ya no se acepta el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tuberia.

Componentes del costo:	Vigencia: JUN/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00	/ $831.34 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, recibe el documento que certifica el pago y consérvalo como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

enel | Bogotá

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 99 No. 13 – 45 Piso 1

earth pact ECOLOGICO

0571341-6

16912

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 732568012-0

16912

(12081)

CLIENTE

HISNARDO ARDILA D
KR 73 A NO 76 - 70

BOGOTÁ, D.C.
SANTA MARIA

Factura impresa por Computadores de Comunicaciones S.A.S. NIT 830.068.812-3

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
$798.50

CONSUMO DIARIO:
3.0 kWh

VALOR DIARIO:
$2,036

PERÍODO FACTURADO:
15 JUN/2023 A 18 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 33

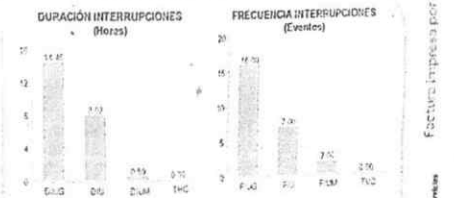
CONSUMO MES
99 kWh

¡Estamos buscando asegurar el suministro de tu MEJOR mix CONSUMO de energía en Cundinamarca durante todo el año!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 16 506 0836
RUTA LECTURA:	3000 5 16 510 0106
MANZANA DE LECTURA:	MS00560202
MEDIDOR NO:	4575908
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: DI: CF: MC: 0 MF: 1

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

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

Powered by CamScanner

2516

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.	01 - 08 - 2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * MARIA DE LOS ANGELES POLOCHE

2. ¿Cuál es su tipo documento? * ⊗ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? 20 194 948

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 20 194 948

4. ¿Cuál es su número de celular? 3204763045

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

6. ¿Cuál es su dirección? * CALLE 87#95Q -44 INT 105

7. ¿Cuál es su edad? * 88

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

2513

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo MARIA DE LOS ANGELES POLOCHE mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 20 194 948 de BOGOTA y domiciliado en el barrio BACHUE, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogota. a los 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: María de los Angeles Poloche
Nombre: MARIA DE LOS ANGELES POLOCHE YATE
C.C: 20 194 948 BTA
Teléfono: 3204763045
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3102325635
Dirección: CALLE 87 #95G - 44 INT 105

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

2519

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.194.948**

POLOCHE YATE

APELLIDOS

MARIA DE LOS ANGELES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-1935**

NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-OCT-1961 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00200176-F-0020194948-20091126 **0018**349536A 1 1150108696

2520

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	20194948
NOMBRES	MARIA DE LOS ANGELES
APELLIDOS	POLOCHE YATE
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: 08/18/2023 15:21:52 | **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

ACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario
MARIA DE LOS ANGELES POLOCHE YATE
CL 87 95G 44 IN 105

7521
ENGATIVA
CIUDAD BACHUE I ETAPA

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

ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22236

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 10127433 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10408198**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **16429173095**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$84.885**

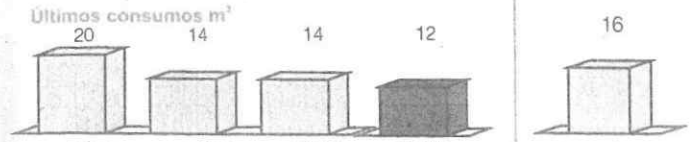
Fecha de pago oportuno: AGO/04/2023

Fecha de suspensión: AGO/10/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3408	CONSUMO (m³)	12
LECTURA ANTERIOR:	3396		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAY/05/2023 - JUL/04/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/24/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/27/2023

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.003,14	$17.003	$6.801-	$10.201,86	$10.202
Consumo residencial básico	12	$3.317,61	$39.814	$15.926-	$1.990,68	$23.888
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$56.817	$22.727-		$34.090
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.081,96	$8.082	$3.233-	$4.849,18	$4.849
Consumo residencial básico	12	$3.412,52	$40.950	$16.380-	$2.047,51	$24.570
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$49.032	$19.613-		$29.419

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1	
Ben. Min. Vital Total				$23.888-	
Subtotal Otros Cobros ③				$23.887-	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: **$23.888-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $56.015

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $31.755

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.041



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

125 2522

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natacion	11 agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * ISABEL MAHECHA OLAYA

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?* 20.409.976

4. ¿Cuál es su número de celular? 3138710389

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * isamahecha0166@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * calle 64 i N° 85-41

7. ¿Cuál es su edad? * 67 años

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

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
○ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Menor de edad
○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES
○ Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

falta certificado EPS
2524

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo ISABEL MAHECHA OLAYA mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 20.409.976 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villaluz, 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 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: _____
Nombre: ISABEL MAHECHA OLAYA
C.C: 20.409.976
Teléfono: 3138710389
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3054775794
Dirección: Calle 64i Nº 85-41

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

2525

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.409.976**

MAHECHA OLAYA

APELLIDOS

ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1956**

CAPARRAPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

25-AGO-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00773699-F-0020409976-20151210 **0047**682641A 1 1273702033

60709590

Señor: ISABEL MAECHA

Dirección de servicio: CL 64I 85 0041 105

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/06/13 06:28:43

Fecha y Hora de Expedición: 2023/06/13 23:53:49

Forma de pago: Crédito 14 días

CUFE: 20935c85ff840d3817e2172d68b664d6d4de9b36d4620992f6952ef8614647e902306ef4b55da5371a83786b5b3a82b6

Componentes tarifarios: Gm: 1089.52 m: 732.84 Dm: 622.14 Cm: 2506.69 p: 62.19 Cufm: 3775.0 CUvm: 2506.69 Cvm: 0.0 Com: 0.0
Ppcm: 42.512 M$/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 154 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 236.117 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	13.0	2.506,69	32.586,97	0,00	32.586,97
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.775,00	3.775,00	0,00	3.775,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-1,97	-1,97	0,00	-1,97

Subtotal 36.360,00

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

Subtotal 0,00

Total items: 2 Subtotal: 36.360,00

0,00

Total factura electrónica ① + ② 36.360,00

vanti

¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

La revisión debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 053 de 2012

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programaturPO - 01 8000 942794

Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorizacion de numeracion de facturacion no. PO-13/07/2022. Facturacion electronica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de+

120 de la ley 142 de 1994

CUENTA EN MORA

vanti

Más formas de avanzar

3526

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

Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5077198-54191

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 5928	2023-05-08	REAL	
Actual 5945	2023-06-06	REAL	

Periodo facturado: MAY-2023 JUN-2023

Volumen medido (Vm): 17 Kp: 0.76865 Kt: 1.00505 Pt: 0.77253 Volumen corregido (Vc): 13

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.11 Temperatura estándar (Te): 15.56

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

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

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior 28.380,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Interes	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① - ③ - ④ - ⑤ 64.740,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/03/2026	INMEDIATO	PA//MEDI

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

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 6474

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando incumpla en cualquier otra forma el contrato de condiciones uniformes. Si usted considera que la factura no corresponde a los consumos reales puede presentar su reclamo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, al cobro inicial del mismo ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura el titular cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

En convenio de recaudo con:

vanti

CAPILLAS DE LA FE

COORSERPARK

Con usted en los momentos difíciles

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

www.coorserpark.com

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

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

www.capillasdelafe.com

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

¡AFÍLIATE HOY!

*Ver información al respaldo

Eficiencia energética

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

Oficina Virtual

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

Cuenta o Referencia de pago: 60709590

Cliente: ISABEL MAECHA
Direccion: CL 641 85 0041 I05
Municipio: BOGOTA Sector: VILLA LUZ
Codigo Postal: 000000 Lote: P05GN
Ruta: 001138030433
Código
Medidor No.:507719



*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

vanti LISTO — CUPO DISPONIBLE:



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/ Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consúltala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

C1

Medios de Pago

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancamía · Itaú* · Banco Caja Social* · Bancolombia* · GNB · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Bancoomeva* · Davivienda · Credibanco

*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.**

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 5 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

CUENTA EN MORA

CANALES DE ATENCIÓN 24 HORAS

Línea nacional gratuita desde celular
#523 OPCIÓN. 1

Línea de atención 24 horas, Bogotá
601 345 0188

Call Center, Bogotá
601 317 5670 OPCIÓN. 1

Línea nacional gratuita desde fijo
01 8000 115233 OPCIÓN. 1

Bogotá - Colombia
Cr. 11 # 69 - 11

¡AFÍLIATE HOY!

LA FE CORSERPARK

En convenio de recaudo con vanti

Al cuidar de tu familia
siempre ganas
Afílialos a
PREVISIÓN EXEQUIAL



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

2529

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023.	Natación	11-08-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yaneth Hernández Jimenez

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Permiso Especial de Permanencia
- [ ] Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 37937397

4. ¿Cuál es su número de celular? 3138202590

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Janetthh837@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 69C # 105-45

7. ¿Cuál es su edad? * 55

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- [ ] No
- [x] Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

- [ ] Persona con discapacidad
- [ ] Adulto(a) Mayor
- [x] Niño/a
- [ ] Joven
- [ ] adolescente
- [ ] Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- [x] Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- [ ] No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *
- [x] Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?*
  - [ ] Persona con discapacidad
  - [ ] Adulto(a) Mayor
  - [x] Menor de edad
- [ ] Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?*
  - [ ] Agrupación o colectivo
  - [ ] Institución
  - [ ] MiPyMES
- [ ] Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1028941655

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? 2999114. ○ 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)? 3138202990.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Janethh837@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

2529

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Yaneth Hernández Jiménez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 37937397 de Bucaramanga Santander y domiciliado en el barrio Sambasilio (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogota a los 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre:
C.C: 37937397
Teléfono: 3138202590
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3152090094
Dirección: Calle 69C #105-45
Samuel Oloscoaga
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1028941655

2530

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.028.941.655
OLASCOAGA HERNANDEZ

APELLIDOS
SAMUEL

NOMBRES

Samuel Olascoaga

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-MAR-2025 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

06-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00647853-M-1028941655-20141127 0041429811A 2 1282874288

2531

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.937.397
HERNANDEZ JIMENEZ
APELLIDOS
YANETH
NOMBRES



Yaneth Hernandez Jimenez.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1968
SAN PABLO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

08-AGO-1986 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00045123-F-0037937397-20080811 00020 00115H 1 1550006111

2532

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1028941655
NOMBRES	SAMUEL
APELLIDOS	OLASCOAGA HERNANDEZ
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	30/12/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/10/2023 11:43:29	**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

TURA POR 2 MESES

18095

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

2533

JOSE AGUSTIN PINEDA
CL 69C 105 45

ENGATIVA
VILLA DEL MAR

ESTRATO:	2	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	3	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** J2 **RUTA:** J22388C

Datos del medidor

MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13783966 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **11253547**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **40568730119**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$187.378

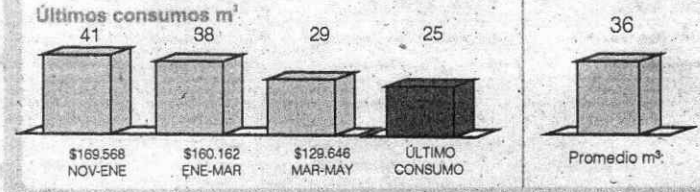
Fecha de pago oportuno AGO/17/2023

Fecha de suspensión AGO/23/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	454	CONSUMO (m³)	25
LECTURA ANTERIOR:	429		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAY/16/2023 - JUL/14/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN AGO/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA OCT/07/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.106,71	$17.107	$6.843-	$10.264,02	$10.264
Consumo residencial básico	25	$3.337,85	$83.446	$33.379-	$2.002,71	$50.067
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$100.553	$40.222-		$60.331
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.131,19	$8.131	$3.252-	$4.878,72	$4.879
Consumo residencial básico	25	$3.432,78	$85.819	$34.327-	$2.059,67	$51.492
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$93.950	$37.579-		$56.371

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2-	
Ben. Min. Vital Total				$24.032-	
Subtotal Otros Cobros ③				$24.034-	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual $24.032-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $92.668

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $58.351

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.945

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, repáralos a tiempo
5. Utiliza con moderación el agua en las labores de aseo del hogar

BOGOTÁ

FACTURA IMPRESA POR SOLUCIONES DE FACTURACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.612-8 03 08 2023

2534

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	11-08-2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * DIANA MARCELA MESA PARRA

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1014204313

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144570019

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * dimamepg1989@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * CALLE 71 A 77 A 80

7. ¿Cuál es su edad? * 33 AÑOS

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* PAULA ANDREA PIRAGAUTA MESA

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1220221225.

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)? 3144570019 - 3008727441

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * dimamefa1989@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2535

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? CALLE 71 A#77 A 80

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

7536

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo DIANA MARCELA MESA PARRA Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014204313 de BOGOTÁ y domiciliado en el barrio STA HELENITA (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional 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: DIANA MARCELA MESA PARRA
C.C: 1014204313
Teléfono: 3144570019
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CALLE 71A 77A 80
PAULA ANDREA PIRAGAUTA MESA
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación RC 1220221225

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

7537

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

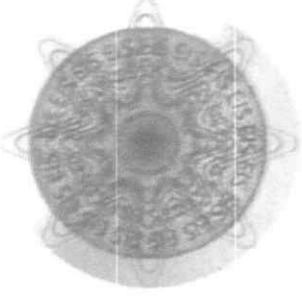
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI

1.220.221.225



APELLIDOS / NOMBRES

PIRAGAUTA MESA
PAULA ANDREA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

27-ENE-2016
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN

03-ABR-2023

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - ENGATIVA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - ENGATIVA 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 03-OCT-2023

8507810249
03-ABR-2023

2538

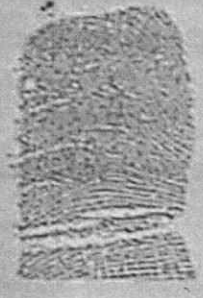
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.014.204.313

APELLIDOS
MESA PARRA

NOMBRES
DIANA MARCELA



Diana Marcela Mesa



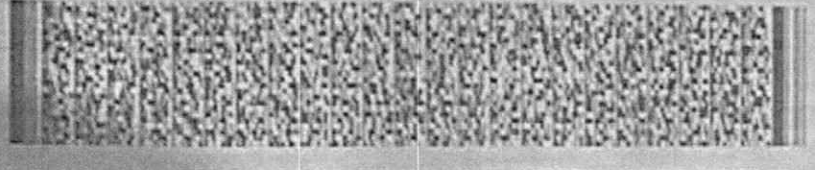
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

12-OCT-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-1500110-42185182-F-1014204313-20080201 01972080328 02 235398192

2539

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAULA ANDREA PIRAGAUTA MESA identificado(a) con TI. 1220221225 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**2016/01/27**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 09 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.

Eficiencia energética

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

Oficina Virtual

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



*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Itaú · Banco Caja Social · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · AV Villas · Occidente

*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: **61772144**

2540

vanti
Más formas de ava
Vanti S.A. E

Cliente: JOSE DEL CARMEN TALERO
Direccion: CL 71A 77A 0080 00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Ruta: 0011380043850005000
Sector: SANTA HELENITA
Lote: P10GN
Código Sector 195
Medidor No.:5087196-118029

vanti



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/ Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consultala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidos en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

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

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

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

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

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo **164**

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

Síguenos como @grupovanti

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

2541

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	12/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Gloria Amparo Moreno Quiroz

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?* 41731544

4. ¿Cuál es su número de celular? 3158421516

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 82 # 102 - 79 Blq 17

7. ¿Cuál es su edad? * 65

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2542

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

2543

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Gloria Amparo Moreno Q mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41731544 de Valle y domiciliado en el barrio Bochica, 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 12 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Gloria Moreno
Nombre: Gloria Amparo Moreno Quiroz
C.C: 41731544
Teléfono: 3158421516
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: Calle 82 # 102-79 Blog 17

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

2544

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41731544**

MORENO QUIROZ
APELLIDOS

GLORIA AMPARO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-1958**

RIOFRIO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAY-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500114-42093216-F-0041731544-20020115 **05349**02014D 02 110909013

2545

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) VICTOR HUGO MEJIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 19175601, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20070601	20090228

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
GLORIA AMPARO MORENO QUIROZ	CY	41731544	CC	20141219	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
22537245

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio

YANBAL

YANBAL DE COLOMBIA S.A.S.
Nit: 860.512.249-4
Av 15 No. 5-187 Facatativá-Cundinamarca
El Oasis 7A Vereda la Punta Tenjo-Cundinamarca
www.yanbal.com

Nombre / Razón Social:	GLORIA AMPARO MORENO QUIROZ				**DETALLE DE PEDIDO**
NIT / CC:	41731544	**Cod. Consultora:**	19387990		4092706
Dirección:	CL 82 102 79 BL 17 AP 303 BOCHICA 3	**Directora:**	19365		**Fecha Emisión:**
		Orden de Compra:	NOR 78449577	Sm44	2022-11-04
		Condición de Pago:	Crédito		
Ciudad:	BOGOTA D.C., BOGOTA D.C., LOCALIDAD DE ENGATIVA	**Factura:**	AH13161273		**Fecha Vencimiento:**
Teléfono:	3158421516				2022-11-25

CÓDIGO SAP	CÓDIGO COMERCIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
20012785	208	TEMPTATION HOMBRE EAU DE PARFU	1	90,500.00	90,500.00
22353867	62412	SCH EXFOLIANTE ENERGIZANTE	1	1,400.00	1,400.00
20011842	347	EFFECTIVE BRISA FL DEO ROLL-ON	4	8,900.00	35,600.00
25037903	37903	ARETES AMARU J221109	1	45,000.00	45,000.00
20011976	390	DESODORANTE ANTITRAN SOLO	6	9,900.00	59,400.00
20012222	517	TOTAL BLOCK SPF 100 140 GR	2	69,000.00	138,000.00
25037930	37930	ARETES PHURU J220111A	1	27,000.00	27,000.00
22354164	61710	SCH LOCION SEDA CREMA LIMA JAZ	1	1,400.00	1,400.00

OBSERVACIONES:
El material promocional no aplica para Programa Ganamás y escala de descuento.
Si tienes facturas vencidas, no olvides cancelar los intereses moratorios y los gastos administrativos de cobranza para quedar al día.

Subtotal:	398,300.00
Total Descuentos:	101,675.00
Total (Subtotal - Descuentos):	296,625.00
Flete:	11,400.00
TOTAL A PAGAR COP	**308,025.00**

Oficina Virtual

Las empresas de **Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, Vanti y Enel**, nos unimos en la **Alianza por la Legalidad de los Servicios Públicos** para prevenir el fraude y mitigar los daños que Esto conlleva para nuestros clientes y aportantes de agua, gas y energía.

UNIDOS POR LA LEGALIDAD

Denuncia el robo de gas natural de forma anónima llamando a 601 307 8121 Opc. 8

Una alianza de: acueducto | enel | vanti

Entidades Recaudadoras

Medios de pago

pse

vanti

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

Escanéa para pagar tu factura

Pagos electrónicos

Bancolombia

BBVA

Banco Falabella

BANCO PICHINCHA

Puntos Presenciales

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

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

Direccion: CL 82 102 0079 B17 04 00303
Municipio: BOGOTA Sector: BOCHICA Codigo Sector 239
Codigo Postal: 000000 Lote: P07GN Medidor No.:5077198-155410

2546

C1

vanti



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. *Aplica únicamente para las categorías de productos señaladas en la política de financiación, consúltalo en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Vanti Listo es un producto de las empresas de Grupo Vanti.

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 962 794 | Lunes a viernes 7 a.m. a 8 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

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

2547

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Natación	12/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Jonneth Chaparro

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52 395 807

4. ¿Cuál es su número de celular? 3112076083

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * janvir2708@hotmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 86 Bis N. 95g 26

7. ¿Cuál es su edad? * 43

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)?* Angie Mariana Latino Chaparro.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141115812.

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)? No tiene

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 86 Bis # 95 g 26.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

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!

2549

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Kenneth Chaparro Identificado/ (a) con la cédula de ciudadanía No. 52 395 808 de Bogotá y domiciliado en el barrio Badue, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Kenneth Chaparro
C.C: 52 395 808
Teléfono: 3112076083.
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Clle 86 Bis N. 95 g 26 int. 105.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Angie Mariana Latino Chaparro
Número de identificación 1141115812.

2550

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1141115812

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0445959

Clase de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Y

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

COLOMBIA ========== CUNDINAMARCA ========== BOGOTA D.C. ==========

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LATINO ==========	CHAPARRO ==========

Nombre(s)

ANGIE MARIANA ==========

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes MAY Día 05	FEMENINO	O	(+)

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

COLOMBIA ========== CUNDINAMARCA ========== BOGOTA D.C. ==========

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ==========	A7974469 ==========

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO AMAYA JANNETH VIRGINIA ==========

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 52,395,808 DE BOGOTA D.C. ==========	COLOMBIANA =======

Datos del padre

LATINO JIMENEZ ALEXANDER ==========

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 79,961,997 DE BOGOTA D.C. ==========	COLOMBIANA ======

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LATINO JIMENEZ ALEXANDER ==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 79,961,997 DE BOGOTA D.C. ==========	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

==========

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
==========	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes MAY Día 17	Nombre y firma

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

NOTARIA 57 DE BOGOTA D.C. CAMILO O'MEARA Notario

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN T...

-- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO --



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1979

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00004381-F-0052395808-20080331 0000112814A 1 1420000380

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.395.808
CHAPARRO AMAYA

APELLIDOS
JANNETH VIRGINIA

NOMBRES

FIRMA



7552

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JANNETH VIRGINIA CHAPARRO AMAYA identificado(a) con Cedula Ciudadania 52395808, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SURTILIDER LTDA NIT 800201315, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180716	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ANGIE MARIANA LATINO CHAPARRO	HI	1141115812	TI	20180716	No Registrada	Activo
ALAN JOHEL CASTILLO CHAPARRO	HI	1233900649	RC	20180716	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
22536932

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

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

2553

ALICIA AMAYA DE CHAPARRO
CL 86 BIS 95G 26 IN 105

ENGATIVA
CIUDAD BACHUE I ETAPA

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

ZONA: 2 **CICLO:** F2 **RUTA:** F22236

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 09015IB054186 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10435191**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **15749043418**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$341.992**

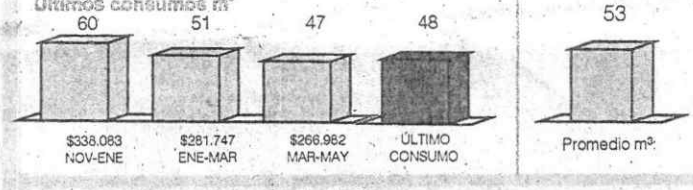
Fecha de pago oportuno: AGO/04/2023

Fecha de suspensión: AGO/10/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3364	CONSUMO (m³)	48
LECTURA ANTERIOR:	3316		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAY/05/2023 - JUL/04/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/24/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/27/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidios (+) Aportes	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.003,14	$17.003	$6.801-	$10.201,68	$10.202
Consumo residencial básico	22	$3.317,81	$72.992	$29.197-	$1.990,68	$43.795
Consumo residencial superior a básico	26	$3.317,81	$86.263	$0	$3.317,81	$86.263
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$176.258-	$35.998-		$140.260
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.081,96	$8.082	$3.233-	$4.849,18	$4.849
Consumo residencial básico	22	$3.412,52	$75.075	$30.030-	$2.047,51	$45.045
Consumo residencial superior a básico	26	$3.412,52	$88.725	$0	$3.412,50	$88.725
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$171.882	$33.263-		$138.619

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$1	
Ben. Min. Vital Total			$23.888-	
Intereses de mora			$290	
Subtotal Otros Cobros ③			$23.597-	

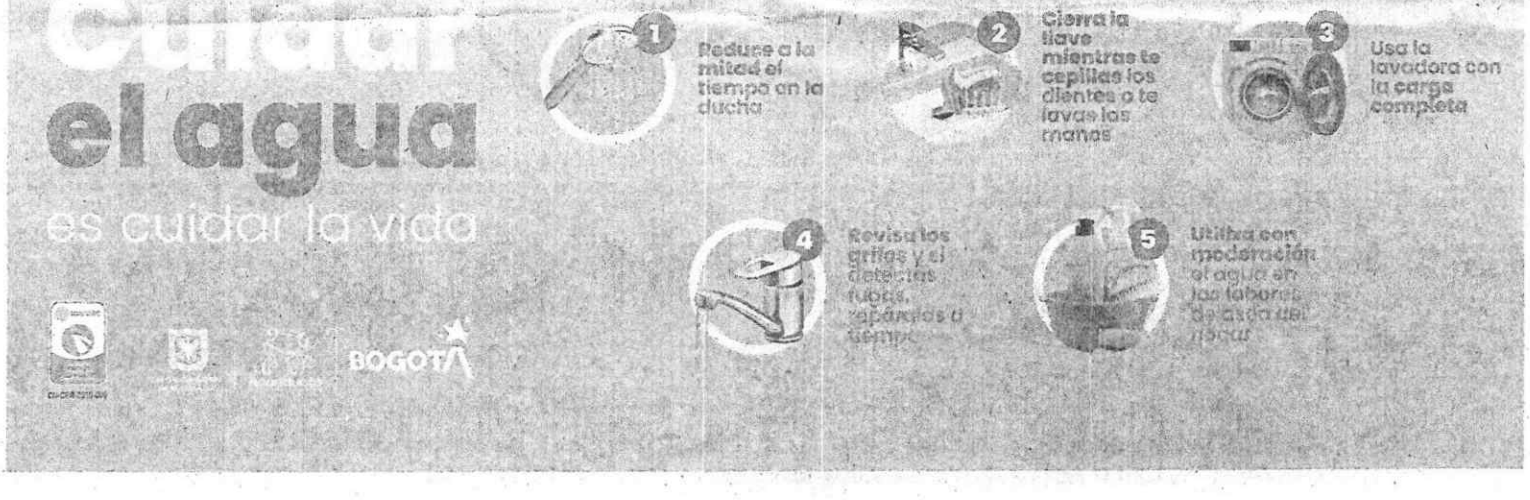
Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual: $23.888-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: $255.282

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $139.440

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $4.572



VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-110100000-10 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 22/07/2022 04:07:2022

2554

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	12/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Jose Mogollon Ayala

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1020716486

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102453093

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * johna_1986@yahoo.es

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 112F #72C-21

7. ¿Cuál es su edad? * 19

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Luisa Fernanda Sanchez Mogollon

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1033101600

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)? 3102453093

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * johna_1986@yahoo.es

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 112f #72c - 21

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ⊗ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

2556

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Maria Jose Mogollon Ayala Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1020716486 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Villa de Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá D.C a los 12 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Maria Jose Mogollon Ayala
C.C: 1020716486
Teléfono: 3102453093
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3196337774
Dirección: Cra 112F #72C-21

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Luisa Fernanda Sanchez Mogollon
Número de identificación 1033101600

2557

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.033.101.600
SANCHEZ MOGOLLON
APELLIDOS
LUISA FERNANDA
NOMBRES



Luisa
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-OCT-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-OCT-2025 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
19-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P:1600150-00722030-F-1033101600-20150715 08449742-6A 1 1.43263141

2558

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.020.716.486
MOGOLLON AYALA

APELLIDOS
MARIA JOSE

NOMBRES

Maria Jose M

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

30-JUN-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01306138-F-1020716486-20220701 0079928159A 1 8505022954

7559

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033101600
NOMBRES	LUISA FERNANDA
APELLIDOS	SANCHEZ MOGOLLON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGÍMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/03/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

ACTURA POR 2 MESES

1/007

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

URBANIZACION LOS CER URBANIZACION LOS CE
KR 112F 72C 21 TO 8 AP 604

7560

ENGATIVA
VILLAS DE ALCALA

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

ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22262

Datos del medidor

MARCA: WATERTECH NÚMERO: 08-8103610 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **11766570**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **13021515211**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$163.700

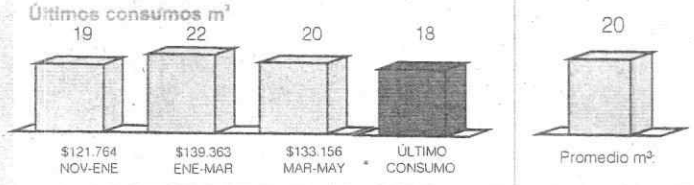
Fecha de pago oportuno **AGO/10/2023**

Fecha de suspensión **AGO/15/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1122	CONSUMO (m³)	18
LECTURA ANTERIOR:	1104		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAY/11/2023 - JUL/10/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN: JUL/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: SEP/30/2023

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$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 ❶			$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 ❷			$69.738	$10.460-		$59.278

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4-	
Intereses de mora				$230	
Subtotal Otros Cobros ❸				$226	

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 ❶+❷+❸+❹ $124.940

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.357

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.094.812-8 29.07.2023

aseo

BOGOTA LIMPIA

901.144.843 -9

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

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

BOGOTÁ

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 11766570

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 13021515211

Período facturado
MAY/30/2023 - JUL/29/2023

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	3
Und. Res. Ocup:	1	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.140
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.15
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.410%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
24.337,81	9.711,85	143.585,51

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	0.0027	Limpieza Urbana:	0.0012	Rechazo del Aprovechamiento:	0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0380	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:			0.0218

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$36.943	$38.884	$38.267	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$45.514	Interés de Mora	$68
Subsidio	$6.827-	Ajuste a la Decena	$5
Subsidio	15%		
Aporte	00%		

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

VALOR ASEO $ 38.760

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	$23,57	$27,73	$424
TASA RETRIBUTIVA	$72,70	$85,53	$1.309

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

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

PAGOS POR APP PSE Y BILLETERAS MOVILES

PARA OTROS REQUISITOS DESPLAZARSE A CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

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

FACTURA DE COBRO No. **13021515211 - 11766570**
Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	URBANIZACION LOS CER URBANIZACION LOS CE
MAY/30/2023 - JUL/29/2023	KR 112F 72C 21 TO 8 AP 604

(415)7707200489996(8020)130215152117(3900)000000038760

TOTAL ASEO $38.760

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICION 29.07.2023

FACTURA DE COBRO No. **13021515211 - 11766570**
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podra efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	URBANIZACION LOS CER URBANIZACION LOS CE
MAY/11/2023 - JUL/10/2023	KR 112F 72C 21 TO 8 AP 604

(415)7707200485271(8020)130215152110(3900)000000124940

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $124.940

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICION 29.07.2023

2561

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	12/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Irma Lucia Mosquera Jimenez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52551606

4. ¿Cuál es su número de celular? 3115194414

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * irmaluciamosquera@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 70 a bis a #117-96

7. ¿Cuál es su edad? * 52

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Juan Camilo Quintero Mosquera

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1141117252

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)? 3115194414

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * irmalucia mosquera@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2562

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 70a bis a #117-96

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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!

2563

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Irma Lucia Mosquera Jimenez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52551606 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Teresita, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá D.C a los 12 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Irma Lucia Mosquera Jiménez
C.C: 52551606
Teléfono: 3115194414
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3152946418.
Dirección: calle 70 a bis A # 117-96.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Camilo Quintero Mosquera
Número de identificación 1141117252

2564

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.141.117.252
QUINTERO MOSQUERA
APELLIDOS

JUAN CAMILO
NOMBRES

Juan Camilo Q.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

28-FEB-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G'S RH

M
SEXO

19-ENE-2016 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1508800-01101559-M-1141117252-20191005 0068083967A 1 9909742371

2565



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.551.606**

MOSQUERA JIMENEZ

APELLIDOS

IRMA LUCIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1970**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-AGO-1989 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01017116-F-0052551606-20180626 0061695457A 1 9904720938

2566

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141117252
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	QUINTERO MOSQUERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	28/02/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/11/2023 14:08:08	**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**,

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.



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

Medios de Pago

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

pse — Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Itaú · Bateu Caja Social · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco Pichincha · Davivienda

Puntos Presenciales

- Fullcargo
- MoviiRed
- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Banco Caja Social
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Jumbo, Éxito, Olimpica

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

Cuenta o Referencia de pago: **62285070**

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

Cliente: LUZ DARI LOPEZ
Direccion: CL 70A BIS A 117 0096 197
Municipio: BOGOTA — Sector: ENGATIVA
Codigo Postal: 000000 — Lote: P12GN

Ruta: 0011760124230005000
2567
Código Sector 412
Medidor No.:5007107-341752

vanti



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/ Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

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) 6 334 755
Municipios: 01 8000 942 784
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**

Sujeto a pago de contribuciones Resolución 012230 Diciembre 29/2022 Retención de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulado 18764001 R 13/07/2022. Facturación habilitada desde N° 96000001 hasta N° 150000000 con vigencia de 18 meses

Factura electrónica de venta FT01/4163184

Cliente: LUZ DARI LOPEZ

Dirección de servicio: CL 70A BIS A 117 0066 197

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/05/18 11:16:06

Fecha y Hora de Expedición: 2023/05/18 23:26:47

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: 36325e67cdb339fbe2acc676cced2c4b05934c7e2f141387b6ac57fe811bcf66804efb26622be921808f68ef060223do

Componentes tarifarios Gm: 1009.92 Tm: 732.84 Dm: 622.14 Cm: 0.0 Qr: 62.19 Cofa: 0.0 CUvm: 0.0 Cvm: 0.0 Cpm: 0.0
Fpm: 42.512 Mj m3 Se consume en MJ de gas equivale a: 189 Kwh y el poder calórico de Kwh es: 119.159 DAMT: 0.0 DAMVR: 0.0

1. Código	Conceptos de cantidad	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZAE120	CONS. CON SUBSIDIO	M3	16.0	2.815,11	45.041,76	0,00	45.041,76
ZDSB30	MENOS SUBSIDIO (50%)	UN	1.0	-22.520,88	-22.520,88	0,00	-22.520,88
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,88	0,88	0,00	0,88

Subtotal 22.520,00

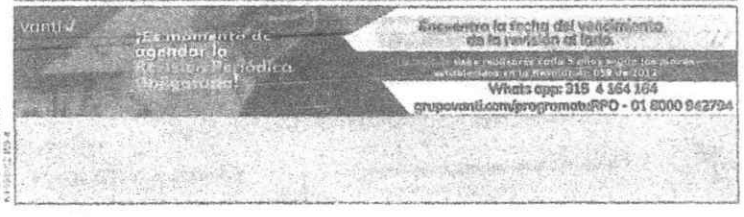
2. Código	Conceptos facturados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Ramo: 1 Subtotal 22.520,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica 1 + 2 22.520,00



vanti
Más formas de avanzar

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

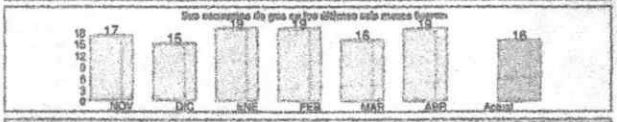
Datos de medición para consumos de gas | Medidor No: 5007107-341752
Uso: Residencial Estrato / Categoría: E2 Tarifa: R_E2

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior: 2568	2023-04-18	REAL	
Actual: 2589	2023-05-16	REAL	

Periodo facturado: ABR-2023 MAY-2023

Volumen medido (Vm): 21 Kp: 0.76727 Kt: 1.00601 FC: 0.77111 Volumen corregido (Vc): 16
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.12 Temperatura estándar (Te): 15.56
Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.752
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 Fp pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



2. Saldo Anterior -3.070,00

3. Pago a Tiempo y Otros Subtotal 0,00

4. Periodo de Mora Subtotal 0,00

Total a Pagar (1) + (2) + (3) + (4) 19.450,00

Fecha de Suspensión Oportuna	Fecha de Suspensión	Fecha Corte
31/01/2028	06/06/2023	05/06/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio hoy en caso de reconexión. 60.500

CuVa $ 2506.69

(415)7709998026025(8020)622850700(3900)0000000011045

Si usted está de acuerdo con la factura puede pagar y cuando se enjuague, en caso de que se niegue el cobro al medidor o de la instalación o daños en consumos, puede presentar el recurso de reposición de conformidad con el artículo 154 de la Ley 142 de 1994, Dirección: Calle 70 A BIS A 117 0066 197 Teléfono: 315 4 164 164 Sitio Web: grupovanti.com/programatuRPD - 01 8000 942794 Sobre el contenido de la presente factura el cliente puede con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y ante hasta una de estas ante el término de 5 días hábiles siguientes a la fecha indicada para el pago oportuno. Más información en la línea de Atención al Cliente.

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

2563

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	12/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Florelia Meneses Cabrera

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

principal → 3502698805

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 30709507

4. ¿Cuál es su número de celular? 3508890113

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * adrianameneses5@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 78d # 110-48

7. ¿Cuál es su edad? * 66

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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)?* 66

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.*

2569

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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!

2570

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Florelia MenesesCabrera mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 30709507 de San Lorenzo Nariño y domiciliado en el barrio V. Granada, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá D.C a los 12 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:
Nombre: Florelia Meneses Cabrera.
C.C: 30709507.
Teléfono: 3502698805.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3143127067.
Dirección: Cll 78D 110-48 plaz 7. casa 12

2571

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30.709.507
MENESES CABRERA
APELLIDOS
FLORELIA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1957
SAN LORENZO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-1976 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00018121-F-0030709507-20080627 0000675109A 1 1430008403

2572

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 30709507
NOMBRES Y APELLIDOS	Meneses Cabrera,Florelia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Meneses Cabrera,Florelia , a los 12 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

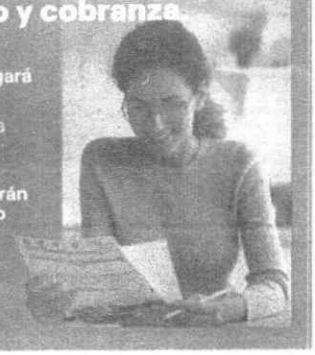
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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.
- Como las fechas de tu factura variarán te recomendamos reservar el dinero para su respectivo pago.

Para información escanea el siguiente código QR:



Contáctanos

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

ENERGÍA-SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | EMERGENCIAS: 115 | DENUNCIAS: 601 5 594 894 denuncias@enel.com | DEFENSOR DEL CLIENTE: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, Todo1, Bancolombia, Su Red Amiga, Movired, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel **

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:336.47 T: 40.87 D: 258.28 CV: 71.13 PR: 65.11 R: 23.01 CF: 0.00 / Vigencia: JUL/2023 / $794.88 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 803.29 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 15 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

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 comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 28 de diciembre de 2022.

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

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

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

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 AGO2023

GRUPO: 1 GRUPO: BL13-S1GTR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa CÓD. FACTURACIÓN: El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Do

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

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1453404-1

2573 64126

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734485891-6

64126

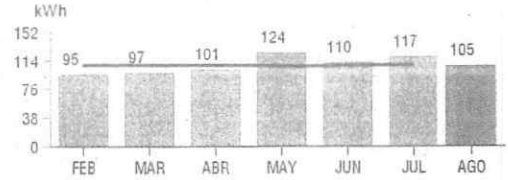
CLIENTE

FLORELIA MENESES DE GOMEZ
CL 78 D NO 110 - 48 IN 12
INT 12
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA I

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(22834)

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $803.29

CONSUMO DIARIO: 3.7 kWh

VALOR DIARIO: $2,561

PERÍODO FACTURADO: 04 JUL/2023 A 01 AGO/2023

DÍAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES 105 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 107 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 708 0096
RUTA LECTURA:	3000 7 06 716 0106
MANZANA DE LECTURA:	MS00564969
MEDIDOR NO:	6069570
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: S1GSTR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 Dt: 220.30 CF: 110 MC: 0 MF: 1 %I: 15

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.086.812-8

18.227 - 1 de 1

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar	PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSIÓN
$71,690		$0		$71,690	14 AGO/2023	16 AGO/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1453404-1

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 01 SEP/2023

Tipo de Lectura: Real — **Situación encontrada: Normal**

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	x	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	47281		47176		105		$803.29		$84,346
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 105 kWh	X	Valor kWh $803.2946	X	Beneficio -15.00%				$-12,652
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,591 DIARIOS							SUBTOTAL:		$71,694

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-4
SUBTOTAL:	$-4

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $71,690

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $0

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

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $682.6004 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.

PAGO OPORTUNO 14 AGO/2023 | TOTAL A PAGAR $71,690

(415)7707209914253(8020)011453404173448589l6(3900)0000000071690

NÚMERO DE CLIENTE 1453404-1

Factura de Servicios Públicos No. 734485891-6

2574.

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	14/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * July Paola Suarez Peñuela

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1032361737

4. ¿Cuál es su número de celular? 3193065357

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * yusu2612@yahoo.com.co

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 112d # 77c-50

7. ¿Cuál es su edad? *

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Jhoseph Santiago Moreno Suarez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

○ 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)?* 1122927850

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)? 3193085337

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * yusu2612@yahoo.com.co

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2575

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 112 d # 77 C - 50

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ⊗ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ⊗ Voz a voz ⊗ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

⊗ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2576

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Julv Paola Suarez Peñuela **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 1032361737 de Bogota D. C y domiciliado en el barrio La Granja (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. **Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y** las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012". Autoriza: si ( ) no ( )***

Se firma en Bogotá D. C a los 14 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: JULY PAOLA SUAREZ PEÑUELA
C.C: 1032.361.737
Teléfono: 3193065357
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3203441599
Dirección: CRA 112 DN° 77 C 50
Jhoseph Santiago Moreno Suarez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1.032.361.737

2577

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.122.927.850
MORENO SUAREZ
APELLIDOS
JHOSEPH SANTIAGO
NOMBRES

Jhoseth Santiago Suárez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-2010
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-ENE-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
22-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G. S. RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACHA

P-1500150-00893616-M-1122927850-20170330. 0054745206A 1 1644364525

2578

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.032.361.737



Apellidos
SUAREZ PEÑUELA

Nombres
JULY PAOLA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
F

Fecha de nacimiento
02 MAYO 1986

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
12 MAYO 2004, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
06 MAR 2033

CO

016798634

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL016798634815001<<<<<<<<<<<
8605021F3303067COL1032361737<6
SUAREZ<PENUELA<<JULY<PAOLA<<<<

2579

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JHOSEPH SANTIAGO MORENO SUAREZ identificado(a) con TI 1122927850 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	06/08/2023
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO CIUDADELA COLSUBSIDIO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 14 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.

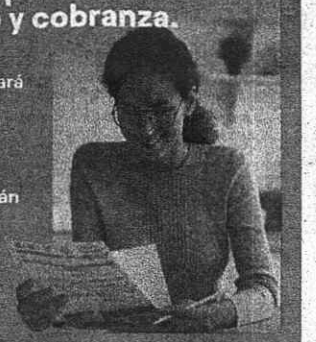
63187

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.
- Como las fechas de tu factura variarán te recomendamos reservar el dinero para su respectivo pago.

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
@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción No. 3 Marque	601 5 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Google pay, MOVII, DAVIplata, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, Efecty, Reval, Todo Red, Bancolombia, El servicio de avisos de Colombia, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: JUMBO, Sistecrédito

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: JUL/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:336.47 T: 40.87 D: 258.28 CV: 71.13 PR: 65.11 R: 23.01 CF: 0.00	/ $794.88 Costo kWh Mes	803.29 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores 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 comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG150/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE! En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 812 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 AGO2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL26-5191TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

63187

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:

0608558-9

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734485088-2

63187

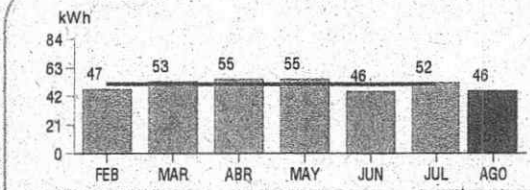
CLIENTE

LUIS C SARMIENTO A
KR 112 D NO 77 C - 50

BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA I

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $803.29

CONSUMO DIARIO: 1.6 kWh

VALOR DIARIO: $1,122

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
04 JUL/2023 A 01 AGO/2023	28	46 kWh	51 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 707 0509
RUTA LECTURA:	3000 7 06 715 0831
MANZANA DE LECTURA:	MS00564952
MEDIDOR NO:	7905085
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 5191TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 Di: 220.30 CF: 46 MC: 0 MF: 1 %t: 16

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Asegúrate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estén limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor.

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emita el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

(2071)

63187

1 Total Energía $31,430 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $31,430

PAGO OPORTUNO 14 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 16 AGO/2023

ENERGÍA

NUMERO DE CUENTA: 0608558-9

PROXIMA FECHA DE LECTURA: 01 SEP/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	94718		94672		46		$803.29		$36,952
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 46 kWh X		Valor kWh $803.2946	X	Beneficio -15.00%				$-5,543
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,122 DIARIOS							SUBTOTAL:		$31,409

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:8-- NORE:43,13- E	$22
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-1
SUBTOTAL:	$21

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $31,430

Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo 2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.256

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza.

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $662.8004 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.

PAGO OPORTUNO 14 AGO/2023

TOTAL A PAGAR $31,430

(415)7702099142538020)010608558973448508823900)0000000031430

NÚMERO DE CLIENTE 0608558-9

Factura de Servicios Públicos No. 734485088-2

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2581

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Natación	14-08-23.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Lila del carmen villa Bermudez

2. ¿Cuál es su tipo documento? * ⊗ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 39525403.

4. ¿Cuál es su número de celular? 3137423344.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Ci178 N77 -15

6. ¿Cuál es su dirección? * lilia delcarmenvila@gmail.com

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 → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2582

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊘ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊘ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ⊘ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ⊘ Auditiva ⊘ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? La discapacida Izquierda y oido

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊘ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ⊘ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? Tecnica. Sistema.

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 Wapp. ◯ 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!

2583

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Lilia del carmen vila Bermudez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39525403 de Bogotá y domiciliado en el barrio Granja, 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 Bogota a los 14 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Lilia vila Bermudez
Nombre: Lilia del Carmen vila Bermudez
C.C: 39525403.
Teléfono: 3137423394.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3222502006.
Dirección: C1178 #75-15

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

2584

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 39.525.403



Apellidos
VILA BERMUDEZ

Nombres
LILIA DEL CARMEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.47

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 FEB 1959

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
CONVENCION
(NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
30 OCT 1979, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
04 ABR 2033

Firma

Lilia vila Bermudez

.CO

01982304 9

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL019823049815001<<<<<<<<<<
5902165F3304042COL39525403<<<8
VILA<BERMUDEZ<<LILIA<DEL<CARME

2585

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	39525403
NOMBRES	LILIA DEL CARMEN
APELLIDOS	VILA BERMUDEZ
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	01/11/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/18/2023 15:26:43	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

2536

Cliente: JOSE AGUIRRE
Dirección: CL 78 77 0015 01 00004
Municipio: BOGOTA Sector: TABORA Código Sector 225
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN Medidor No.:007120200003719602



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gasoriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP.

Medios de Pago

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancaoía · Banco Caja Social · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco Pichincha

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, Olimpica

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

CARVAJAL SOLUCIONES DE CO/

vanti



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/ Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

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

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

787

2587

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	14 - 08 - 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Raquel Motta de Rojas.

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?* 26491188

4. ¿Cuál es su número de celular? 3138655526.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Marlyrojas79@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 52 Nº 72 - 24.

7. ¿Cuál es su edad? * 73

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)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2588

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊕ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊕ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊕ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ⊗ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

⊗ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ⊗ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

⊗ Si ¿Cuál? Depostes. ◯ 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!

2589

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Raquel Molla mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 26491158 de Garzon Huila y domiciliado en el barrio Normandía acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 14 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:
Nombre: Raquel Molla R.
C.C: 26491158
Teléfono: 3138655526
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3233237016
Dirección: calle 52-#72-24

2590

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **26.491.188**

MOTTA DE ROJAS
APELLIDOS

RAQUEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-1948**
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA . **A+** G.S. RH **F** SEXO

21-ENE-1974 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1903400-50126301-F-0026491188-20041108 **00976**04310H 02 137306024

2591

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	26491188
NOMBRES	RAQUEL
APELLIDOS	MOTTA DE ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	18/04/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/14/2023 09:39:56	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

2592

POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Escanea y paga tu factura

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

Datos del usuario

COVIN LTDA COVIN LTDA
CL 52 72 24 TO A AP 402

ENGATIVA
NORMANDIA OCCIDENTAL

ESTRATO:	4	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** D2 **RUTA:** D22148

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: IB015620 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10877030**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **13007958617**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$238.270

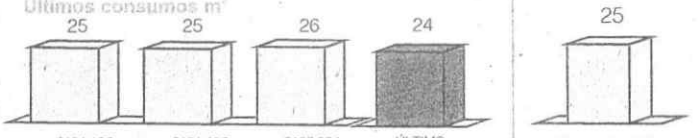
Fecha de pago oportuno: **JUN/02/2023**

Fecha de suspensión: **JUN/07/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2629	CONSUMO (m³)	24
LECTURA ANTERIOR:	2605		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado: **MAR/01/2023 - ABR/28/2023**

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/17/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/24/2023

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.675,06	$16.675	$0	$16.675,06	$16.675
Consumo residencial básico	22	$3.254,32	$71.595	$0	$3.254,32	$71.595
Consumo residencial superior a básico	2	$3.254,32	$6.509	$0	$3.254,50	$6.509
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$94.779	$0		$94.779
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$0	$7.926,02	$7.926
Consumo residencial básico	22	$3.348,33	$73.663	$0	$3.348,33	$73.663
Consumo residencial superior a básico	2	$3.348,33	$6.697	$0	$3.348,50	$6.697
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$88.286	$0		$88.286

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$5	
Subtotal Otros Cobros ③				$5	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

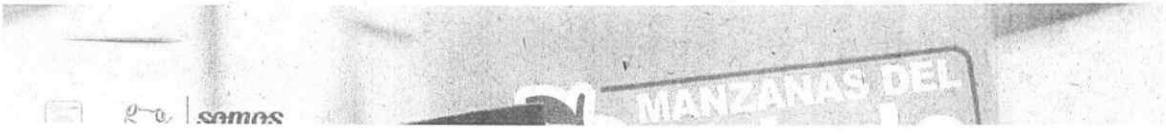
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual: **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: **$183.070**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $91.533

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $3.103

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.095.812-8 17.05.2023



2593

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	14-08-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Lucila Fonseca de Barrera

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
(X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia
( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 20514683

4. ¿Cuál es su número de celular? 3115127389

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Nbcvirtual@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * C173A N°80-09.

7. ¿Cuál es su edad? * 65

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? (X) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
( ) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
(X) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad
( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES
( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2594

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊘ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ⊘ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊘ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ⊘ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
⊘ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

◯ Excelente ⊘ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S.

¡Gracias por su tiempo!

2595

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE ÉDAD

Yo Lucila Fonseca de Barrera mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 20514683. de La Mesa y domiciliado en el barrio Tabora, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Natacion del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá. a los 14 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Lucila Fonseca de Barrera
Nombre: Lucila Fonseca de Barrera
C.C: 20514683
Teléfono: 3115127389
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 14078101240 ->whatsapp
Dirección: C1173 A N°80-09

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

2596



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.514.683**

FONSECA DE BARRERA
APELLIDOS

LUCILA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1951**
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

26-AGO-1974 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

R-1500113-45156302-F-0020514683-20071116 **00110**07320H 02 227651885

2597

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

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	20514683
NOMBRES	LUCILA
APELLIDOS	FONSECA DE BARRERA
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	29/04/2004	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/14/2023 15:21:30	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

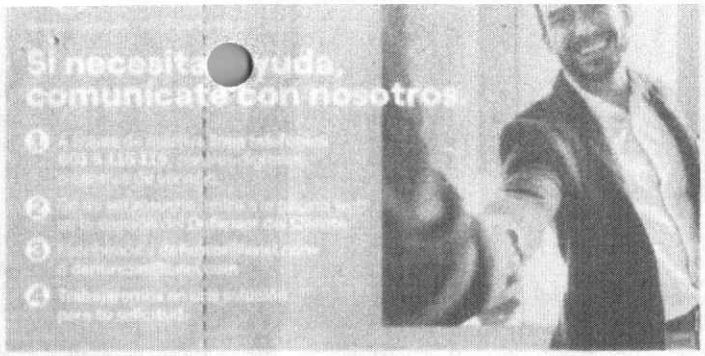
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

2598



Contáctanos

Enel Colombia | App Enel Clientes Colombia | Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y Pymes > Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | SUSPENSIONES: 115 Gratis desde su Móvil | SOLICITUDES: 601 5 894 894 | DEFENSOR DEL CLIENTE

¿Cómo pagar mi factura?

Medios virtuales de Pago: APP Bancos, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billeteras Virtuales: Nequi, Daviplata, Movii, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red Servi, Red Multicolor, Su Red Efectiva, Supergiros, Punto Red, Movired, Puntored

Red Física: RED CADE, enel**

Canales de Servicio: Centros de Servicio

Código QR

Alternativas de Cobranza

** Por restricciones sanitarias relacionadas con los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio, Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Te recordamos aceptamos el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Bosa, SUPERCADE Suba y GANE Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 59.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 | **Vigencia: JUN 2023** $831.34 Costo kWh Mes | **Tarifa aplicada Opción Tarifaria** 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11.04 por mil. Sobre autoretenciones según Resolución No. 0047 de 29 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUFE: AUN.TO.4f43C3C3D1A12963 E5 1000

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos ante de la fecha señalada para dicho vencimiento. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o 01 8000 915 115, o en nuestro Centro de Servicio al Cliente. Carácter de mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 y artículo 422 del Código General del Proceso. Para ser exigible ejecutivamente según artículo No 148355 de 26 de diciembre de 2003.

"Todos los días de suspensión previstos en el recorte de cobranza y en cuanto a diferencias entre la Empresa prestadora y la inspección del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus clientes. Para conocer mayor información, te invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115. Sede de Bogotá o (01 8000 915 115, a en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus clientes. Para conocer mayor información, te invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115. Sede de Bogotá o (01 8000 915 115, a en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICION FACTURA: 26 JUL2023

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 [illegible] Piso 3

Ideal para papel ECOLÓGICO

0574084-7

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733076860-5

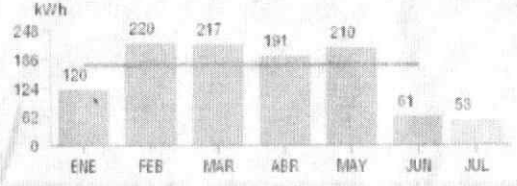
20680 (15296)

CLIENTE

LUCILA FONSECA DE BARRERA
KR 80 NO 73 - 37 AP 202
APTO 202
BOGOTÁ, D.C.
TABORA

Cliente: Factura Normal | Energía en energía

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 1.6 kWh

VALOR DIARIO: $1.124

PERÍODO FACTURADO: 20 JUN/2023 A 22 JUL/2023 | **DÍAS FACTURADOS:** 32 | **CONSUMO MES** 53 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 19 507 0663
RUTA LECTURA:	3000 5 19 515 0474
MANZANA DE LECTURA:	MS00560923
MEDIDOR NO:	20360
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



GD [illegible] GRUPO 1 NC [illegible] VC [illegible] CEC [illegible]
PERIODO [illegible] Dr [illegible] CF 175 SC: 0 MF: 1 %E 10

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2018

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

20680

679 - Página 1 de 2

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS Nit 805.006.830-6

GRUPO 1 CONJUNTO FR1 - USUARIO 1 - NIVEL DE TENSIÓN 1 - PREMISES: Elemento COD FACTURACIÓN
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2599

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023.	Natación.	15-08-23.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Clara Adriano

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Permiso Especial de Permanencia
- [ ] Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 41514593

4. ¿Cuál es su número de celular? 3005761401

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Casalassoldana@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 74A Nº 81-35

7. ¿Cuál es su edad? * 73.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- [x] No
- [ ] Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- ○ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- ○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

○ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ◯ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?*

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?*

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

2600

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊘ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊘ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

✓ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊘ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊘ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

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!

7601

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo María Clariza Rubiano mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41'514.593 de Bogotá y domiciliado en el barrio Minuto de Dios, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogota a los 15 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: María Clariza Rubiano
Nombre: María Clariza Rubiano
C.C: 41514593
Teléfono: 3005611895
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3005761401
Dirección: Cra 74A #81-35

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.514.593**

RUBIANO
APELLIDOS

MARIA CLARIZA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-1950**

UMBITA (BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00150710-F-0041514593-20090224 0009996337A 1 1600002232

2603

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41514593
NOMBRES Y APELLIDOS	Rubiano ,Maria Clariza
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado Por Sobrevivencia O
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rubiano ,Maria Clariza, a los 15 días del mes de agosto del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2604

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0571927-0

14286

PAPEL ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733072881-2

14286

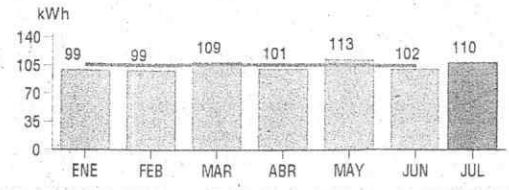
CLIENTE

MARIA CLARIZA RUBIANO
KR 74 A NO 81 - 33 PI 1
PISO 1
BOGOTÁ, D.C.
EL MINUTO DE DIOS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(10528)

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
$798.50

CONSUMO DIARIO:
3.4 kWh

VALOR DIARIO:
$2,333

PERÍODO FACTURADO:
20 JUN/2023 A 22 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES
110 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
106 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 19 503 0197
RUTA LECTURA:	3000 5 19 507 0210
MANZANA DE LECTURA:	MS00560107
MEDIDOR NO:	6032578
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 3691STR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 219.62 CF: 113 MC: 0 MF: 1 %t: 10

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

24,250 - Page 1 of 2

del pago. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2605

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
190-2023.	Natación	15-08-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Luz Yaneth Rodríguez Riveros

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?* 53050762

4. ¿Cuál es su número de celular? 3152303791

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * yanethr27@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 64i # 86-60

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 → 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)?* Mariana Nieto Rodríguez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? 1014994587

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014994587

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)? 3152303791

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * yanethr27@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 64i # 86-60

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

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!

2607

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Luz Yaneth Rodríguez Riveros Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 53050762 de Bogotá y domiciliado en el barrio La Isabela, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Luz Yaneth Rodríguez Riveros
C.C: 53050762
Teléfono: 3152303791
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3163741765
Dirección: Cll- 64 i # 86-60
Mariana Nieto Rodríguez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1014994587

2608

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.994.587**
NIETO RODRIGUEZ

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-MAR-2029 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

26-ABR-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01014902-F-1014994587-20180615 0061553681A 3 1274933310

2609

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) RONAD FABIAN NIETO GARCIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80027728, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa LGI CARGA S.A.S. NIT 900034101, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20160603	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIANA NIETO RODRIGUEZ	HI	1014994587	TI	20160603	No Registrada	Activo
LUCIANA NIETO RODRIGUEZ	HI	1019913351	RC	20160730	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Julio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
AQUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: KATHERINE ESCOBEDO CER-AFI
22381830

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

www.compensar.com

2 MI

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE **BOGOTÁ**

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

Datos del usuario
RAFAEL TARAZONA PLATA
CL 641 86 60 (INMUEBLE)
(CORRESPONDENCIA)

2612

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** A2 **RUTA:** A22028A

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 08015IB063038 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 000010499792

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 38560207516

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro de terceros (si aplica ver al respaldo) $ 157.020

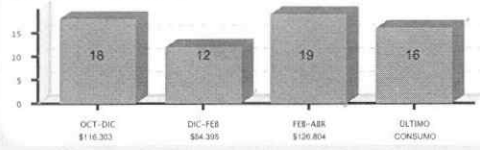
Fecha de pago oportuno JUL/24/2023

Fecha de suspensión JUL/27/2023

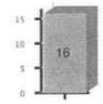
Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2028	CONSUMO (m³)	16
LECTURA ANTERIOR:	2012		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Promedio m3:



Periodo facturado
ABR/21/2023 - JUN/20/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/11/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/15/2023
Rango CMO Básico Bimestral según Resolución CRA-750/2016: (0 m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.868,0	$16.868	$2.530-	$14.337,8	$14.338
Consumo residencial básico	16	$3.291,66	$52.667	$7.900-	$2.797,91	$44.767
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			**$69.535**	**$10.430-**		**$59.105**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.017,75	$8.018	$1.203-	$6.815,09	$6.815
Consumo residencial básico	16	$3.386,09	$54.177	$8.126-	$2.878,18	$46.051
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			**$62.195**	**$9.329-**		**$52.866**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1-	
Subtotal Otros Cobros ③				**$1-**	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m3. Período actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ①+②+③+④ $111.970

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $55.986

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.836

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

2611

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	15/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Clara Milena Riaño Alfonso

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52330226

4. ¿Cuál es su número de celular? 3188636564

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * samuto192@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 106 #77-34

7. ¿Cuál es su edad? * 9

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Samuel Alejandro Castro Riaño

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ 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)?* 1141118865

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 14

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)? 3188636564

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * samuto192@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2613

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 110b #77-34

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ⊗ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ⊗ Voz a voz ⊗ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
⊗ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

[L]

¡Gracias por su tiempo!

2613

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Clara Milena Riaño Alfonso **identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 52330226 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Villa de Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. **Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y** las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012". Autoriza: si (X) no ( )***

Se firma en Bogotá D.C a los 15 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X **padre**__, **tutor**__ **cuidador**__
Nombre: Clara Milena Riaño Alfonso
C.C: 52330226
Teléfono: 3188636564
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3114448883
Dirección: Cra 110 Bis 71-34

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Samuel Alejandro Castro Riaño
Número de identificación 1111178865.

2614

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.141.118.865

CASTRO RIAÑO
APELLIDOS

SAMUEL ALEJANDRO
NOMBRES

Samuel Castro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-DIC-2026 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

04-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00784611-M-1141118865-20160128 0048098747A 2 1363735103

2615



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.330.226**

RIAÑO ALFONSO

APELLIDOS

CLARA MILENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1973**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

15-MAR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00018481-F-0052330226-20080628 0000688593A 1 1290014079

2616

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141118865
NOMBRES	SAMUEL ALEJANDRO
APELLIDOS	CASTRO RIAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/15/2023 11:18:46	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 IMPRIMIR CERRAR VENTANA



Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuita las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, tuya, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Su Red, Bancolombia, Su Red, MOVIIRED, Servitodo

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Código QR

Almacenes de Cadena: JUMBO, Alkosto

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobería.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:336.47 T: 40.87 D: 258.28 CV: 71.13 PR: 65.11 R: 23.01 CF: 0.00 / **Vigencia: JUL/2023** $794.88 Costo kWh Mes | **Tarifa aplicada Opción Tarifaria** 803.29 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores 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 comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 AGO2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL12-514077 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 - Empresa COD. FACTURACIÓN: 1
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

0606891-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734486509-6

64756

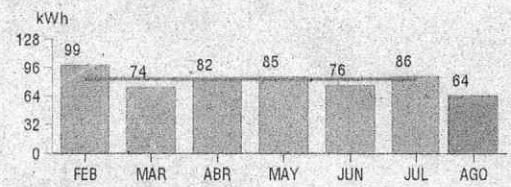
CLIENTE

LUIS C SARMIENTO A
KR 110 B NO 77 - 34

BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA I

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $803.29

CONSUMO DIARIO: 2.2 kWh

VALOR DIARIO: $1,561

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 83 kWh

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
04 JUL/2023 A 01 AGO/2023	28	64 kWh

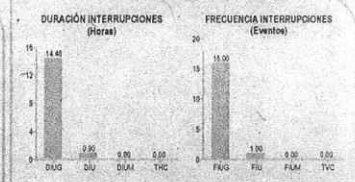
¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 708 0726
RUTA LECTURA:	3000 7 06 716 0737
MANZANA DE LECTURA:	MS00564936
MEDIDOR NO:	4302727
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 5140TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Jun/2023 DI: 223.30 CF: 76 MC: 0 MF: 1 %t: 10

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Asegúrate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estén limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor.

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. NIT 830.096.812-8

64756 (23340)

Anexo 2.5.3
Soportes inscripción.

2619

FUTBOL ADAPTADO

Categoría Mujeres (12 participantes por grupo).

2620

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	Futbol Adaptado.	31/07/23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Suarios

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?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3205709352

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Fundacionterapeuticamilclaus@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71 B #64 c 38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊘) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

(⊘) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(✓) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊘) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (⊘) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Karoll Nataly Velandia Cardenas.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ Cédula de ciudadanía ◯ Registro civil ⊗ Tarjeta de identidad ◯ Nuip ◯ Cédula de extranjería ◯ NIT
◯ Pasaporte ◯ Permiso Especial de Permanencia ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1019606349

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? Especial

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.*

2621

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ⊕ Página web de la Alcaldia ◯ 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!

2622

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Elsi Johana Suarios Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogotá y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ futbol Adaptada X convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Suarios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: carrera 71B #64C38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Karoll nataly Velandia cardenas
Número de identificación 1019606349.

2623

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.019.606.349
VELANDIA CARDENAS
APELLIDOS

KAROL NATALY
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-NOV-2025 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00724180-F-1019606349-20150721 0045174335A 3 1263271599

2624

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1019606349
NOMBRES	KAROL NATALY
APELLIDOS	VELANDIA CARDENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/06/2023 19:08:38	**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,

FACTURA POR 2 MESES

12270

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

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

2625

ENGATIVA
SAN JOAQUIN

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

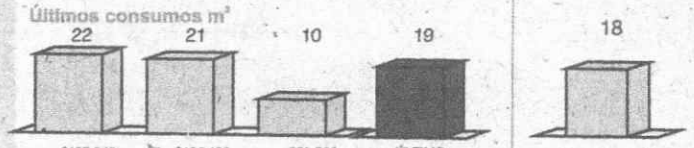
Fecha de pago oportuno **MAY/12/2023**

Fecha de suspensión **MAY/17/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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 **$125.870**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923 CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2626

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023.	Fútbol adaptado	15-08-23.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Clara Rubiano

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?* 41514593.

4. ¿Cuál es su número de celular? 3005761401.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Casallasrubiano@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cs 74 A N°81-35.

7. ¿Cuál es su edad? * 73.

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

(⊗) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (⊗) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Edwin Camilo Casallas Rubiano

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Nuip ( ) Cédula de extranjería ( ) NIT
( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1030526065

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 37

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

(X) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual ( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

(X) Masculino ( ) Femenino ( ) No binario ( ) No aplica ( ) Prefiero no contestar
( ) Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

(X) 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 (X) Otro ¿Cuál? Cognitiva

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

( ) Si ¿Cuál es el número de registro? _____ (X) No ( ) Prefiero no responder ( ) No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

( ) Primaria (X) Bachiller ( ) Técnico ( ) Profesional ( ) Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

(X) Contributivo ( ) Subsidiado ( ) Especial ( ) Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3016717047

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Cl 74A N°81- 35.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2627

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
☒ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ☒ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cl 74A N°81-35.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ◯ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

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!

2628

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo María Clarisa Rubiano Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41514593. de Bogotá y domiciliado en el barrio minuto, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol adaptado Adaptada X convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Sè firma en Bogota a los 15 días del mes de Agosto. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__

Nombre:

C.C: 41514593.

Teléfono: 3005611895.

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3005761401.

Dirección: Cr 74A N°81-35.

Edwin Camilo casallas rubiano.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1030526065.

2629

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.526.065

CASALLAS RUBIANO
APELLIDOS

EDWIN CAMILO
NOMBRES

Edwin casallas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

13-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-45131073-M-1030526065-20041109 01492 04314A 02 168613340

2630

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.514.593**

RUBIANO
APELLIDOS

MARIA CLARIZA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-1950**

UMBITA (BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00150710-F-0041514593-20090224 **00099**96337A 1 1600002232

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030526065
NOMBRES	EDWIN CAMILO
APELLIDOS	CASALLAS RUBIANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2023 12:59:06	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**,

2632

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EDWIN	CAMILO	CASALLAS	RUBIANO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X			

Número de documento de identidad: 1030526065

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
IPS TERAPEUTICA INTEGRAL SAS	2022	5	7

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	80.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	78.13
GLOBAL	68.23

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b4402.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.178 s4308.278

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d598.4

2633

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
ANA MILENA BUITRAGO OSORIO	Fonoaudiología	CC-1014275485	
MAYERLI MONTES ESCOBAR	Fisioterapia	CC-1030633271	
NESTOR JULIAN SERRANO GARCIA	Medicina	CC-1095928822	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EDWIN CAMILO CASALLAS RUBIANO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Maria Claritza Rubiano
Nombre y Firma

4151493
Documento: CC-1030526065

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

2634

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41514593
NOMBRES Y APELLIDOS	Rubiano ,Maria Clariza
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado Por Sobrevivencia O
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rubiano ,Maria Clariza, a los 15 días del mes de agosto del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0571927-0

PAPEL ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733072881-2

14286

2635

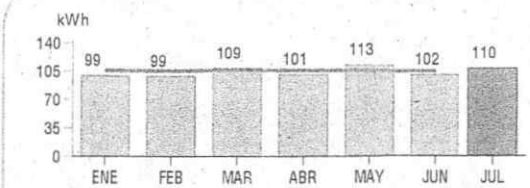
14286 (10528)

CLIENTE

MARIA CLARIZA RUBIANO
KR 74 A NO 81 - 33 PI 1
PISO 1
BOGOTÁ, D.C.
EL MINUTO DE DIOS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO
$798.50

CONSUMO DIARIO:
3.4 kWh

VALOR DIARIO:
$2,333

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 106 kWh

PERÍODO FACTURADO:
20 JUN/2023 A 22 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 32

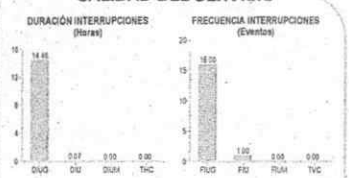
CONSUMO MES
110 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 19 503 0197
RUTA LECTURA:	3000 5 19 507 0210
MANZANA DE LECTURA:	MS00560107
MEDIDOR NO:	6032578
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 36919781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 210.00 Cf: 113 MC: 0 MF: 1 %t: 10

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

Factura impresa por Cervejal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

24.250 - Page 1 of 2

del pago. El sello del corresponsal 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.

2636

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Fútbol adaptado	31 - julio - 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Jua Rios.

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?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * fundacionterapeuticamiklaus@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71B #64C-38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ○ No ⊗ Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

⊗ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

⊗ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ⊗ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ○ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Nelly Rocio Mendivelso Peña

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIÀMIENTO 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)?* 52.187.524

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 51

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? Especial

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 MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2637

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
⊘ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊘ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 71B #64C38

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊘ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

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.

2.

¡Gracias por su tiempo!

2638

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Elsi Johana Sua Rios Identificado, (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogota y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol Adaptada X convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Sua Rios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71B #64 C 30

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: 52.187.524.
Número de identificación Nelly Rocio Mendivelso Tenca

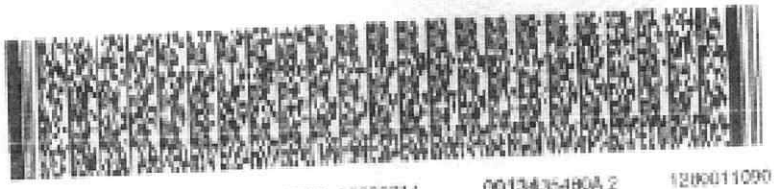
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

2639


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.187.524
MENDIVELSO PEÑA
APELLIDOS
NELLY BOCIO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
21-FEB-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES


A-1500150-00162768-F-0052187524-20050714 0013435480A 2 1280011090

2640

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	52187524
NOMBRES	NELLY ROCIO
APELLIDOS	MENDIVELSO PEÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	02/03/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:22:02	**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".

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

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

2641

ENGATIVA
SAN JOAQUIN

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 10123619

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 14362147713

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): $216.900

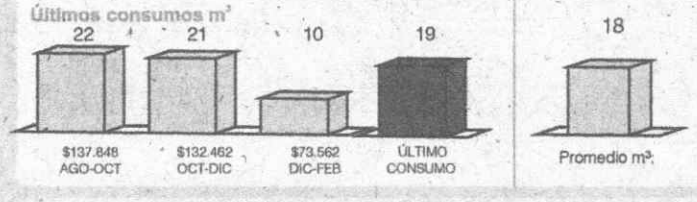
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

Fecha de suspensión: MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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 $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO DIA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2642

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Futbol Adaptado	31-julio 23.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Sua Rios

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?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * fundacionterapeuticamilclaus@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71B#64-C38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- ( ) No
- (⊗) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

(⊗) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- (⊗) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- ( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(⊗) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (⊗) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Carlos Augusto Gomez Tovar.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Nuip ( ) Cédula de extranjería ( ) NIT
( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1019063651

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 32

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

(X) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual ( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

(X) Masculino ( ) Femenino ( ) No binario ( ) No aplica ( ) Prefiero no contestar
( ) Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

(X) 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)?*

(X) Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Sordoceguera (X) 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? _____ (X) No ( ) Prefiero no responder ( ) No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

( ) Primaria (X) Bachiller ( ) Técnico ( ) Profesional ( ) Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

( ) Contributivo (X) 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.*

2643

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ◯ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊗ Estudiante ◯ Vendedor informal
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 96 # 75 A 52.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◯ Hombre ◯ Mujer ◯ Intersexual ◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ No aplica ◯ Prefiero no contestar
◯ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◯ Heterosexual ◯ Lesbiana ◯ Gay ◯ Bisexual ◯ Hombre transexual ◯ Mujer transexual ◯ Queer
◯ Prefiero no contestar ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

◯ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ◯ Rom - gitano(a) ◯ Palenquero(a) ◯ Raizal
◯ Negro(a) ◯ Afrodescendiente ◯ Mestizo(a) ◯ Blanco(a) ◯ Ninguna de las anteriores ◯ Prefiero no contestar
◯ No aplica ◯ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

◯ Física ◯ Auditiva ◯ Visual ◯ Sordoceguera ◯ Intelectual ◯ Psicosocial (mental) ◯ Múltiple
◯ Ninguna ◯ No aplica ◯ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ⊘ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

◯ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
◯ Mensajes de texto ◯ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ⊘ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

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.

2.

¡Gracias por su tiempo!

2644

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Elsi Johana Sua Rios Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogotá y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ futbol Adaptada X convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Sua Rios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71B #64C 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación Carlos Augusto Gomez Tovar.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

2645

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1019063661
NOMBRES	JAIME EDUARDO
APELLIDOS	RIVERA LUIS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/09/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/04/2023 13:35:56	**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**,

2646

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.063.631
GOMEZ TOVAR
APELLIDOS
CARLOS AUGUSTO
NOMBRES
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1991
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-OCT-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



INDICE DERECHO

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

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

2647
ENGATIVA
SAN JOAQUIN

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 10123619

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 14362147713

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

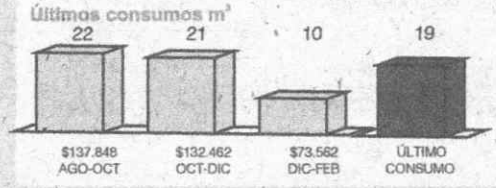
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

Fecha de suspensión MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros (3)				$24	

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) $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

2648

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Futbol Adaptado.	31/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Suarez Rios

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * fundacionterapeuticamilobass@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71 B # 64 C 38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No ( ) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

(X) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (X) 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)?* Kevin Dayan Bernal Pachon

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

◯ 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)?* 1053322344.

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 20.

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.*

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊘ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ⊘ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Tv 82 #85 - 10.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

FORMULARIO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE BENEFICIARIOS(AS) DE LOS PROYECTOS DE LA ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ.

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 Fundacion ◯ 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!

2659

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Elsi Johana Sua Rios Identificado, (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogota y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol 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 Bogota a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Sua Rios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71 B #64C 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Kevin Dayan Bernal Pachon
Número de identificación 1053327314.

2651

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1053322344
NOMBRES	KEVIN DAYAN
APELLIDOS	BERNAL PACHON
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	01/08/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:45:44	**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".


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.053.322.344
BERNAL PACHON
APELLIDOS
FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-2003
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1500150-01277422-M-1053322344-20220124
00779 10674A 1
8503909968

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

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

2653
ENGATIVA
SAN JOAQUIN

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UND.HABIT./FAMILIAS:	1	UND. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

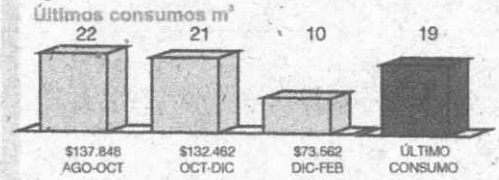
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

Fecha de suspensión MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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 $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

¡Bogotá rinde cuentas!
Entérate de todo lo que hemos logrado gracias al pago de tus impuestos escaneando este QR

o ingresa a:
https://bogota.gov.co/que-esta-haciendo-claudia-alcaldesa



2654

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	Futbol adaptado	31-Julio 23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Jota Rios

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030674702

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * fundacionterapeuticamilclaus@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71B #64c38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

(X) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

(X) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (X) 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)?* Juan nicolas callejas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

12. ¿Cuál es el tipo documento de su representado(a)?*

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Nuip ( ) Cédula de extranjería ( ) NIT
( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014 300 476

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 25

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

(X) Hombre ( ) Mujer ( ) Intersexual ( ) Prefiero no contestar ( ) No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

(X) Masculino ( ) Femenino ( ) No binario ( ) No aplica ( ) Prefiero no contestar
( ) Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

(X) 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 (X) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple
( ) Ninguna ( ) No aplica ( ) Otro ¿Cuál? Down

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

( ) Si ¿Cuál es el número de registro? _____ (X) No ( ) Prefiero no responder ( ) No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

( ) Primaria ( ) Bachiller ( ) Técnico ( ) Profesional (X) Otro ¿Cuál? Especial

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

( ) Contributivo (X) 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.*