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 #64c 38

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!

2656

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. 1030631202 de Bogota y domiciliado en el barrio Paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ 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 (X) no ( )*

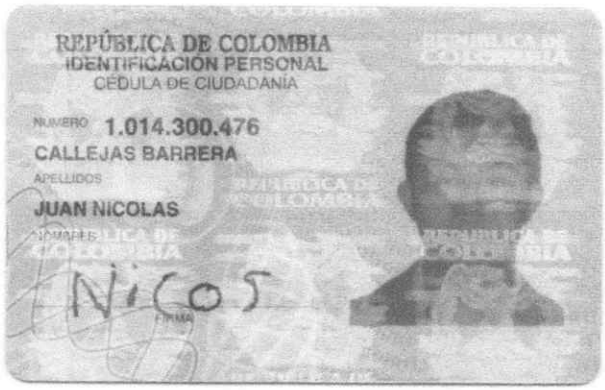
Se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Suarios
C.C: 1030631202
Teléfono: 3203709252
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71 B #64C38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Nicolas Callejas
Número de identificación 1014300476

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

2657


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.014.300.476

CALLEJAS BARRERA

APELLIDOS

JUAN NICOLAS

NOMBRES

NICOS

FIRMA

26580



FECHA DE NACIMIENTO **15-SEP-1998**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00874786-M-1014300476-20161230 **00529**34190A 2 47421688

2659

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	1014300476
NOMBRES	JUAN NICOLAS
APELLIDOS	CALLEJAS 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	01/08/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:53:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

FACTURA POR 2 MESES

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

2660

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

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

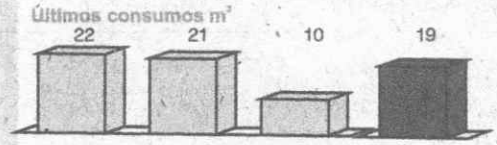
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

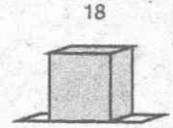
Fecha de suspensión MAY/17/2023

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 ❶			$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 ❷			$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 ❸				$24	

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 ❶+❷+❸+❹ $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



2661

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	31/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Soa 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? * Fundacionterapeuticamilclaw@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71 B #61 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)?* Laura Juliana Beltran Rodriguez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1071168442

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 28

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.*

2662

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.

Talla L.

¡Gracias por su tiempo!

2663

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 el paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ 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: 3115914822
Dirección: carrera 71 B #64 C 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Laura Juliana Beltran Rodriguez
Número de identificación 1071168442

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

2664

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	1071168442
NOMBRES	LAURA JULIANA
APELLIDOS	BELTRAN RODRIGUEZ
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	24/07/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/04/2023 13:35:06	**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**,

2665



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.071.168.442
BELTRAN RODRIGUEZ
APELLIDOS

LAURA JULIANA
NOMBRES

Laura Beltrán R
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-MAR-2013 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1513900-00442270-F-1071168442-20130623 0033576501A 1 39978159

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

26663

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

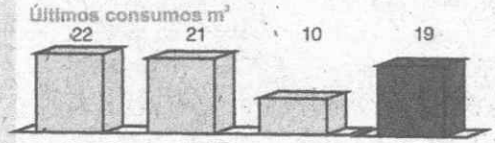
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

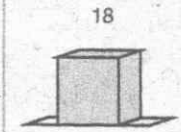
Fecha de suspensión MAY/17/2023

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	$11.615-		$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

¡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



2662

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 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? * fundacionterapeuticayeducativaMiclaus@gmail.

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71 B # 64 C 38

7. ¿Cuál es su edad? * 29

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)?* Diego Alejandro Acosta Carlos.

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)?* 1.136.910771

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 29

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

ORDENES CLÍNICAS **FECHA Y HORA DE SOLICITUD:2023-05-16 08:15:18**
10X - NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
No. OC23801002

compensar | salud

2668

NO. AUTORIZACIÓN:
PACIENTE:MARIA DIAZ ROA
EPISODIO: 54482381
EDAD:75 A
ASEGURADORA PLAN:COMPENSAR -PC
UNIDAD MÉDICA: 10XM_NTD

PRESTADOR:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC
SEXO: Femenino

PRIORIDAD:001
IDENTIFICACIÓN:41534659
TIPO DE PACIENTE: Cat. A: Cotizante
TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatorio
CAUSA EXTERNA: Enf. General
UE: 10AC430

DIAGNÓSTICOS:Z713

Código CUPS	Descripción	LAT.	Cantidad	Fecha Preferente
89020603	NUTRICION CONSULTA ATENCION ESPECIFICA INTEGR-EN SEIS MESES	SIN	0001	

VIGILADO supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Firma:
CC:
Especialidad:

Firma: SANCHEZ MEDINA LESLY PAOLA
CC: 52484065
Especialidad: NUTRICION HUMANA

2669

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 81a N 71-54.

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.

2.

¡Gracias por su tiempo!

2670

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 Jua Rios Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogota y domiciliado en el barrio El paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ 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 Jua Rios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71 b#64c38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Diego Alejandro Acosta carlos.
Número de identificación

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

2671

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	1136910714
NOMBRES	DIEGO ALEJANDRO
APELLIDOS	ACOSTA CARLOS
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	25/01/1996	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:43:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

2672

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.136.910.714
ACOSTA CARLOS

APELLIDOS
DIEGO ALEJANDRO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-OCT-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00347973-M-1136910714-20111129 0028577268G 1 5020614386

FACTURA POR

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
ENGATIVA 2673
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 PUBLICOS 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

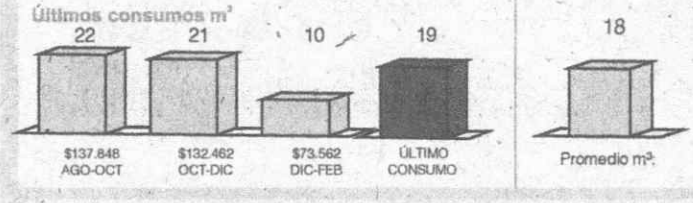
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

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



2674

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 Angelica Liliana Palomo Murcia mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1018431834 de _____ y domiciliado en el barrio Quirigua P, 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 01 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: Angelica Liliana Palomo M.
Nombre: Angelica Liliana Palomo
C.C: 1018431834
Teléfono: 3103216813
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 8137263
Dirección: Cra 89a 90-41

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

2675

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:
	NATACION	27 JULIO 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * FANNY POCHON

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?* 52586728

4. ¿Cuál es su número de celular? 3214317776

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * FPACHON7396@HOTMAIL.COM

6. ¿Cuál es su dirección? * TR 86#99-35

7. ¿Cuál es su edad? * 50

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

- [ ] Persona con discapacidad
- [x] 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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2696

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!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2677

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:

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Germán Andres Hernandez Lopez.

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?* 80073527

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208401198

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Lic.andreshernandez1@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A # 95 - 31.

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (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)?* Angie Daniela Duque Quemba

*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)?* 1010 965 995

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? Centro Crecer

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)? 320 840 11 98

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 71 A # 95-31

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

¡Gracias por su tiempo!

2679

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 Germán Andres Hernandez Lopez. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80073527 de Bogotá. y domiciliado en el barrio Salinas., (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Fútbol 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 Agosto. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Germán Andres Hernandez
C.C: 80073527.
Teléfono: 3208401198
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186012487.
Dirección: Calle 71 A # 95-31
Angie Daniela Duque Quemba.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1010965995

2680



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-MAR-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
15-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-00845647-F-1010965995-20160831 0050800080A 1 1284013388



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.010.965.995
DUQUE QUEMBA
APELLIDOS
ANGIE DANIELA
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA

2681

nueva eps
gente cuidando gente

CERTIFICADO MEDICO

Certifica **Fecha: 2023-08-03**

Paciente: ANGIE DANIELA DUQUE QUEMBA **ID:** TI 1010965995

El paciente ANGIE DANIELA DUQUE QUEMBA, a la valoracion clinica realiza el dia de hoy, no evidencia patologias que impidan participar en actividades normales en la comunidad

Para constancia de lo anterior se expide el 2023-08-03

Prof: LEYDI CATERINE GARCIA LOBO - Reg: 11431320791
Fecha: 2023-08-03 hora: 06:26:38

2682



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.

DENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
	601 5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

u factura? Medios virtuales de Pago Billetera Virtual

Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR

RED CADE

Almacenes de Cadena

egistramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. ww.enel.com.co para mas información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Usaquén y CADE Teberín.

omponentes del costo:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
6 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00	/ $730.62 Costo kWh Mes	792.95 Costo kWh Mes

Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común

enta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago 1) 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. ı No 012220 de 26 de diciembre de 2022.
posición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
midad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
ular www.enel.com.co
EG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL r 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 Servicio al Cliente.

A: 04 JUL 2023

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

enel | Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas indique el número de cliente

0583343-4

14818

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730071742-1

14818

CLIENTE

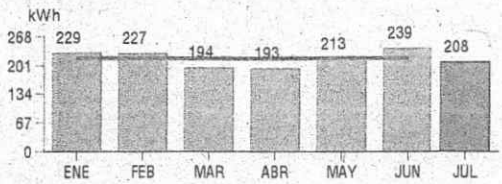
NESTOR JULIO DUQUE LEE
CL 74 A NO 109 - 67

BOGOTÁ, D.C.
GARCÉS NAVAS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(994)

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 6.9 kWh

VALOR DIARIO: $4,982

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 216 kWh

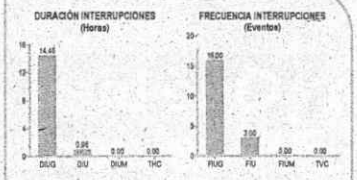
PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
29 MAY/2023 A 28 JUN/2023	30	208 kWh

¡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 03 501 1323
RUTA LECTURA:	3000 5 03 503 0504
MANZANA DE LECTURA:	MS00562772
MEDIDOR NO:	766670
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 49177R1 GRUPO: 11 HC: 0.03 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 217.56 CF: 213 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

2,491 - Page 1 of 2

2683

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del BENEFICIARIO	
TI 1010965995 ANGIE DANIELA DUQUE QUEMBA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**306**
Fecha Afiliación:	**02/03/2009**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 9 de Julio de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

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

2684

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Germán Andres Hernandez Lopez.

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?* 80073527

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208401198

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Lic.andreshernandez1@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A # 95-37.

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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?*
- (X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- ( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *
- ( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?*
  - (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)?* Camila Sofia Florez Charris.

*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)?* 1043684805

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? Centro crecer.

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)? 3208401198

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * lic.andieshernandez1@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2685

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 # 95- 31

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

¡Gracias por su tiempo!

2686

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 Germán Andres Hernandez Lopez. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80073527 de Bogotá. y domiciliado en el barrio Salmas., (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 Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Germán Andres Hernandez.
C.C: 80073527
Teléfono: 3208401198
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186012487.
Dirección: Calle 71 A # 95-31.
Camila Sofia Florez Charis.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1043684805

2687

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.043.684.805**

FLOREZ CHARRIS

APELLIDOS

CAMILA SOFIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-2009**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-DIC-2027 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

26-JUL-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00936222-F-1043684805-20170830 **00572**17702A 1 1364545837

2688

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 32.880.934

Apellidos
CHARRIS MELENDEZ

Nombres
EUCARIS LORENZA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	F

Fecha de nacimiento
01 MAYO 1977

G.S
O-

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
07 OCT 1995, BARRANQUILLA

Firma

Fecha de expiración
05 NOV 2031

.CO

001182826

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL001182826203001<<<<<<<<<<
7705016F3111057COL32880934<<<7
CHARRIS<MELENDEZ<<EUCARIS<LORE

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

2689

Registro válido

B3

Fecha de consulta: **16/08/2023**

Ficha: **11001209807400002386**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **EUCARIS LORENZA**

Apellidos: **CHARRIS MELENDEZ**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **32880934**

Municipio: **Bogotá**

Departamento: **Bogotá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **06/06/2019**

Última actualización ciudadano: **18/07/2019**

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **HELMUT RUBIEL MENJURA MURCIA**

Dirección: **Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso 13**

Teléfono: **3358000 Opción 2**

Correo Electrónico: **encuestasisben@sdp.gov.co**

269D

Historia Clínica Ambulatoria

Evento No. 61383
Fecha Inicio:
Paciente: Eucaris Lorenza Charris Melendez **Cédula Ciudadanía** 32880934
Fecha de nacimiento: 01/05/1977 **Edad:** 46a 2m 17d **Sexo:** Femenino
Convenio: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS CONTRIBUTIVO
Responsable: **Teléfono:** **Parentesco:**
Acompañante: **Teléfono:** **Parentesco:** Otros

Diagnósticos

Principal	Confirmado nuevo	C509 - Tumor maligno de la mama, parte no especificada	Sebastian Gomez Galan

Notas Clínicas

18/07/2023 15:52:29 Cirugía Vascular y

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE DE 46 AÑOS EN POP DEL (24/05/2023) DE MASTECTOMIA PRESERVADORA DE PIEL Y CAP MAS GANGLIO CENTINELA MAS RECONSTRUCCION INMEDIATA CON COLGAJO TIPO DIEP MAMA IZQUIERDA. ASISTE PARA PROGRAMACIÓN DE COLOCACION DE CATETER IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA.
ANTECEDENTES
Alergias : 23/03/23-Niega Alergias

Antecedentes Patológicos : 23/03/23-Niega Enfermedades

Antecedentes Quirurgicos : cesarea
24/05/23-COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS

Antecedentes Transfusionales : Registro: 23/03/23-Globulos Rojos Leucorreducidos
Observación: reintervencion en cesarea, O-

Medicamentos en uso : 23/03/23-NIEGA MEDICAMENTOS

Tóxicos : 23/03/23-Niega Hábito

Ginecológicos : Fecha Registro: 23/03/23
Fecha Ultima Menstruación: 08/03/23
Menarquia: 12
Ritmo Menstrual: Regular -
G: 3 C: 3 O: 0

[redacted]es : Fecha Registro: 23/03/23
[redacted]gia: abuelo ca en higado

REVISIÓN POR SISTEMAS
Asintomático : Sí
EXÁMEN FÍSICO
Examen físico : MAMA IZQUIERDA CON COLGAJOS DE MASTECTOMIA VITALES VIBALES EN BUEN ESTADO
COLGAJO DIEP VITAL, ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACION
ABDOMEN: HERIDAS QUIRRUGICAS NO HEMATOMAS NO COLECCIONES.
Diagnósticos del tumor : Fecha Registro: 23/03/23 - Diagnóstico Tumor: Mama, SOE (excluye piel de mama C44.5) (Neoplasias [tumores] malignas(os) de mama)
T: 3 N: x M: x

DIAGNÓSTICO
: 11/07/23- C509- C509 - Tumor maligno de la mama, parte no especificada

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO : PACIENTE DE 46 AÑOS EN POP DEL (24/05/2023) DE MASTECTOMIA PRESERVADORA DE PIEL Y CAP MAS GANGLIO CENTINELA MAS RECONSTRUCCION INMEDIATA CON COLGAJO TIPO DIEP MAMA IZQUIERDA. ACTUALMENTE CONA DECUADA EVOLCUON , REQUIERE COLOCACION DE CATETER IMPLANTABLE DE QUIMIOTERAPIA. SE SOLICITA PROCEDIMIENTO. SE EXPLICA A PACIENTE.

Sebastian Gomez Galan 80196436

2691

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
CAMILA	SOFIA	FLOREZ	CHARRIS

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1043684805

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	8	16

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	95.83
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	57.14
GLOBAL	73.20

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b163.2 b198.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.279

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d175.4 d598.3

2692

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
PAOLA ANDREA ESCOBAR BOHORQUEZ	Fisioterapia	CC-1019120429	
LILIA MANUELA LESPORT FERNANDEZ	Medicina	CC-1032386359	
SUSAN PAOLA SALGADO REYES	Fonoaudiología	CC-52718147	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *CAMILA SOFIA FLOREZ CHARRIS* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

32 880 934

Documento: TI-1043684805

orizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la rmatividad 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

9579

GRUPO 1 CIRCUITO FR11-0373R1 - NIVEL DE TENSIÓN1 PROPIEDAD: El prestador del servicio de comercialización y distribución de

ESTRATOS: ...cios 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.



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 1 las 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-de-turno.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago — Billetera Virtual

APP Banco · Internet · Telefono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Corresponsales Bancarios — Red Física — Centros de Servicio — Código QR

CONRED · efácil · Reval · Baloto · Todo a $100 · Bancolombia · Su Red · MOVIRED · puntored · RED CADE · enel · Almacenes de Cadena · Cambio · Metro

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulte nuestra página en www.enel.com.co para más información. Si no se acogerá el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Sosa y CADE Tolemaida.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:266.64 T:46.53 D:253.40 CV:72.06 PR:54.81 R:35.16 CF:0.00 **Vigencia: MAY/2023** / $730.62 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 792.95 Costo kWh Mes

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 contará con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (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 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 CREG 038/11 consulte www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, lo invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse 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: 22 JUN/2023

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

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

2693

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

7630441-8

9576

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 729103586-3

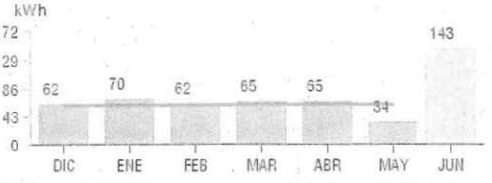
9576

CLIENTE

AGUSTIN SANTOS ROA MORA
KR 84 BIS NO 71 A - 28 AP 404
KR 84 BIS NO 71 A - 28 AP 404
BOGOTÁ, D.C.
SANTA HELENITA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 4.9 kWh

VALOR DIARIO: $3,377

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 5 MESES: 61 kWh

PERÍODO FACTURADO: 19 MAY/2023 A 17 JUN/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

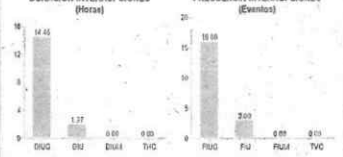
CONSUMO MES 143 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en: www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 18 502 0646
RUTA LECTURA:	3000 5 18 504 0209
MANZANA DE LECTURA:	MS00560871
MEDIDOR NO:	19819655
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: MAZTR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: MAY/2023 Dt: 217.00 CF: 0.0 MC: 0.0 MF: 1 %t: 0.0

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.

(6987)

16.776 - Page 1 of 2

No. Cuenta 7630441-8 9576

1 Total Energía $97,930 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $97,930

PAGO OPORTUNO 29 JUN/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 04 JUL/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 7630441-8

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 JUL/2023

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA								
ENERGÍA	604		461		143	$792.95		$113,392
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh	X	Valor kWh $792.9529	X	Beneficio -15.00%			$-15,463
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3,377 DIARIOS						SUBTOTAL:		$97,929

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$1
SUBTOTAL:	$1

Consumos + Otros cobros asociados a energía 1 TOTAL ENERGÍA: $97,930

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Oilline 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 $674.0100 KWh



PAGO OPORTUNO 29 JUN/2023

TOTAL A PAGAR $97,930

(415)7707009914253(8020)0176304418729108586 3(3900)0000000097930

NÚMERO DE CLIENTE 7630441-8

Factura de Servicios Públicos No. 729108586-3

2694

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:

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Germán Andres Hernandez Lopez.

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?* 80073527

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208401198.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * lic.andreshernandez1@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A # 95-31

7. ¿Cuál es su edad? * 39.

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* (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)?* Eileen Salome Romero Vargas.

*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)?* 1028890038

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? Centro Crecer.

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)? 3208401198

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Lic.andreshernandez1@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 71 A # 95 - 31

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

¡Gracias por su tiempo!

2696

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 Germán Andres Hernandez Lopez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80073527 de Bogotá. y domiciliado en el barrio Salinas, (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 Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Germán Andres Hernandez
C.C: 80073527
Teléfono: 3208401198
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186012487
Dirección: Calle 71 A # 95-31.
Eileen Salome Romero Vargas.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1028890038

2699

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.890.038
ROMERO VARGAS
APELLIDOS

EILEEN SALOME
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-SEP-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00959525-F-1028890038-20171128 0058627833A 1 1364615013

2693

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 tu número de cliente es:

6563086-4

20858

20858

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730274443-4

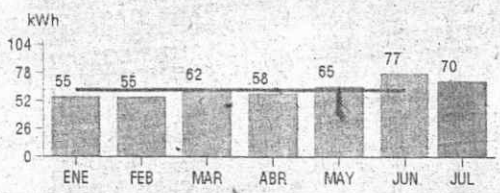
CLIENTE

ADOLFO NAPOLEON OSORIO PALACIOS
CL 74 NO 119 - 12 PI 2
PISO 2
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE ALCALÁ

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(8280)

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 2.3 kWh

VALOR DIARIO: $925

PERÍODO FACTURADO: 30 MAY/2023 A 29 JUN/2023

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 70 kWh

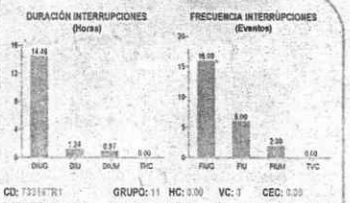
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 82 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 503 0519
RUTA LECTURA:	3000 5 04 505 0592
MANZANA DE LECTURA:	MS00566809
MEDIDOR NO:	85377
MEDIDOR NO:	85377

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 73316 R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 7 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 217.06 CF: 65 MC: 0 MF: 1 %t: 18

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

18,720 - Page 1 of 2

2699

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1028890038
NOMBRES Y APELLIDOS	Romero Vargas,Eileen Salome
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	06/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vargas Peña,Zully Milena, a los 24 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

2700

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EILEEN	SALOME	ROMERO	VARGAS

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1028890038

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
Subred Integrada de Salud Suroccidente E.S.E	2022	8	9

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	58.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	5.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	21.43
GLOBAL	26.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b160.3 b164.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.178

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d598.3

2701

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
DIANA STELLA ROBAYO COCUY	Fisioterapia	CC-52076502
DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ	Fonoaudiología	CC-52103607
LADY JOHANNA CARDENAS BERNAL	Medicina	CC-52871195

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EILEEN SALOME ROMERO VARGAS* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Zully Vargas

Nombre y Firma

Documento: TI-1028890038

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

2702

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:

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Germán Andres Hernandez Lopez.

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 80073527

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208401198

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A # 95-31.

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1141121539

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? Centro Crecer

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)? 320 8401198

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2203

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 # 95-31.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

¡Gracias por su tiempo!

2704

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 Germán Andres Hernandez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80073527 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 Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutorX_ cuidador__
Nombre: Germán Andres Hernandez
C.C: 80073527
Teléfono: 3208401198
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186012487
Dirección: Calle 71 A # 95-31.
Sara Gabriela Otalora Rico.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141121539

2705

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.141.121.539**

OTALORA RIAÑO

APELLIDOS

SARA GABRIELA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-ABR-2028 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

30-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01350129-F-1141121539-20230405 **01032**63843A 2 8507594187

2406

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 80.131.517



Apellidos
OTALORA CAMELO

Nombres
LUIS ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	M

Fecha de nacimiento
08 DIC 1981

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAPINZON (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
15 MAR 2000, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
07 MAR 2033

.CO

01679127

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL016799127415001<<<<<<<<<<
8112082M3303078COL80131517<<<1
OTALORA<CAMELO<<LUIS<ALEXANDER

2707

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) LUIS ALEXANDER OTALORA CAMELO identificado(a) con Cedula Ciudadania 80131517, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa CONSORCIO EXPRESS SAS NIT 900365740, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20130916	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
SARA GABRIELA OTALORA RIAÑO	HI	1141121539	TI	20120424	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Julio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
22422341

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

2 MESES

2708

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
INSCREDIAL INSCREDIAL
KR 94H 82C 23

ENGATIVA
QUIRIGUA II

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

ZONA: 2 **CICLO:** F2 **RUTA:** F22214

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 10029489 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10203609**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **10945081510**

TOTAL A PAGAR **$224.390**
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

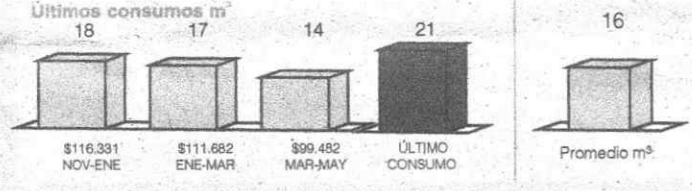
Fecha de pago oportuno **AGO/04/2023**

Fecha de suspensión **AGO/10/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2318	CONSUMO (m³)	21
LECTURA ANTERIOR:	2297		
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	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.003,14	$17.003	$2.550-	$14.452,67	$14.453
Consumo residencial básico	21	$3.317,81	$69.674	$10.451-	$2.820,14	$59.223
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$86.677	$13.001-		$73.676
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.081,96	$8.082	$1.212-	$6.869,68	$6.870
Consumo residencial básico	21	$3.412,52	$71.663	$10.750-	$2.900,64	$60.913
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$79.745	$11.962-		$67.783

Otros Cobros	No.	Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1	
Subtotal Otros Cobros ③				$1	

AP 6011935

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

PAGO DAVI.COM
2\08\23

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Período actual **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① ② ③ ④ **$141.460**

CONSUMO MES **$70.730** **CONSUMO DÍA** **$2.319**

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



2709

aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA

NIT: 901.144.843 -9

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

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

BOGOTÁ LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10203609

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 10945081510

Período facturado
MAY/12/2023 - JUL/06/2023

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	3
Und. Res. Ocup:	2	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.000
Und. Res. Desocup:	000	**Und. No Res. Desocup:**	000	**Volumen:**	0.00
Frec. Barrido:	02	**Frec. Recolección:**	06	**% Participación:**	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
44.927,28	32.613,41	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:			0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DÍAS LIQUIDADOS:
$77.456	$84.726	$81.824	56

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$97.561	Ajuste a la Decena	$3
Subsidio	$14.634-		
Subsidio	15%		
Aporte	00%		

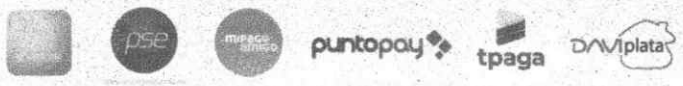
Si cancela en cheque el servicio de aseo, girar cheque de gerencia a favor de **EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1**

VALOR ASEO $ 82.930

PARA PAGOS

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

PAGOS POR APP, PSE Y BILLETERAS MOVILES





APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

TASA DE USO	$23,57	$27,73	$495
TASA RETRIBUTIVA	$72,70	$85,53	$1.527

Cobro de Terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

110 Aseo

FACTURA DE COBRO No. 10945081510 - 10203609

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
MAY/12/2023 - JUL/06/2023

INSCREDIAL INSCREDIAL
KR 94H 82C 23

TOTAL ASEO **$82.930**

(415)7707200489996(8020)109450815103(3900)000000082930

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 24.07.2023

FACTURA DE COBRO No. **10945081510 - 10203609**

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

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN
MAY/05/2023 - JUL/04/2023

INSCREDIAL INSCREDIAL
KR 94H 82C 23

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO **$141.460**

(415)7707200485271(8020)109450815100(3900)000000141460

24.07.2023

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

2710

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Germán Andres Hernandez Lopez.

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 80073527

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208401198

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Lic.andreshernandez1@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A # 95 - 31

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*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)?* 1034399396

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 17.

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?* ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?* ⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

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

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

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

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

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

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

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

○ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ⊗ Otro ¿Cuál? Centro Crecer.

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)? 3208407198

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * lic.andreshernandez1@gmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 71 A # 95- 31.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

[ ]

¡Gracias por su tiempo!

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Germán Andres Hernandez Lopez. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80073527 de Bogotá y domiciliado en el barrio Salinas, (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 Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Germán Andres Hernandez
C.C: 80073527
Teléfono: 3208401198
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186012487
Dirección: Calle 71 A #95-37
Juan Diego Gozman Santamaria.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1034399396.

7713

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.034.399.396**

GUZMAN SANTAMARIA

APELLIDOS

JUAN DIEGO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-2005**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-NOV-2023 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

14-AGO-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00495438-M-1034399396-20131014 **0035470370G 1** 1632499626

2 MESES

2714

JOSE E GUZMAN R
KR 80 68B 41 PI 2

ELEGATIVA
SANTA HELENITA

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

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

ZONA: 2 CICLO: B2 RUTA: B22

Datos del medidor
MARCA: C.W.M NÚMERO: 96DH936462 TIPO: VELO015B DIÁMETRO:

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **11226461**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **39895716916**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$218.120

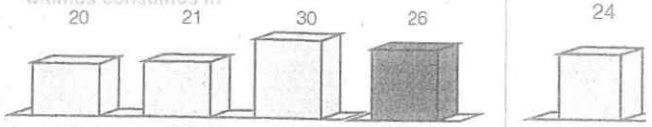
Fecha de pago oportuno **JUL/26/2023**

Fecha de suspensión **JUL/31/2023**

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	3325	CONSUMO (m³)	
LECTURA ANTERIOR:	3299		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	

Últimos consumos m³



Periodo facturado
ABR/25/2023 - JUN/22/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/12/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/18/2023
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	$16.894,55	$16.895	$2.535-	$14.360,36	$14.360
Consumo residencial básico	22	$3.296,79	$72.529	$10.879-	$2.802,27	$61.650
Consumo residencial superior a básico	4	$3.296,79	$13.187	$0	$3.296,75	$13.187
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$102.611	$13.414-		$89.197
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.030,34	$8.030	$1.204-	$6.825,80	$6.826
Consumo residencial básico	22	$3.391,27	$74.608	$11.191-	$2.882,58	$63.417
Consumo residencial superior a básico	4	$3.391,27	$13.565	$0	$3.391,25	$13.565
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$96.203	$12.395-		$83.808

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Sa
Ajuste a la Decena				$5	
Intereses de mora				$40	
Subtotal Otros Cobros ③				$45	

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 $173.050

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $86.503 CONSUMO DIA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.93

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1100100-10 EAB ESP



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 11226461

Factura de Servicios Públicos No. 39895716916
Número para pagos

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

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	3
Und. Res. Ocup:	1	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.000
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.00
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
24.451,34	17.780,67	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	0.0027	Limpieza Urbana:	0.0012	Rechazo del Aprovechamiento:	0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0414	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:			0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$42.600	$44.605	$45.595	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$53.006	Interés de Mora	$15
Subsidio	$7.951-		
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 $ 45.070

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE
(Ley 99 de 1993)
El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pagada por el Agua Cruda)	$23,57	$27,73	$629
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$72,70	$85,53	$1.942

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros (4) $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

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

PAGOS POR APP, PSE Y BILLETERAS MOVILES



PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS



MEDIOS ELECTRÓNICOS | CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS | CENTRO NARIÑO | SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS

SUPERCADES | CADES | RAPICADES

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

FACTURA DE COBRO No. 39895716916 - 11226461
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

PERÍODO FACTURACIÓN	JOSE E GUZMAN R
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	KR 80 68B 41 PI 2

(415)7707200489996(8020)398957169160(3900)000000045070

TOTAL ASEO $45.070

Pago No autorizacion.
52430838.

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 12.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 39895716916 - 11226461
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	JOSE E GUZMAN R
ABR/25/2023 - JUN/22/2023	KR 80 68B 41 PI 2

(415)7707200485971(8020)398957169166(3900)000000173050

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $173.050

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

2715

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN DIEGO GUZMAN SANTAMARIA** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIDAD** número **1034399396** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1034399396
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN DIEGO GUZMAN SANTAMARIA
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	175
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	21

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **23/08/2023**

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

2716

CONSULTA EXTERNA

CLINICA RETORNAR SAS
Nit 800.160.827-1
Autopista Norte No 87-33
Tel. 601 5807939
Bogotá - Colombia

PACIENTE:	GUZMAN SANTAMARIA JUAN DIEGO
IDENTIFICACION:	1034399396
SEXO:	Masculino
EDAD:	17 años
DIRECCION:	CRA87A#69A-12
TELEFONO:	3045879346-3166275052-13 años
ENTIDAD:	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA

Enfermedad general

Ultimo control noviembre de 2021 con laura Ospina psiquiatra adultos por

" PACIENTE CON CAMBIOS CONDUCTUALES, IRRITABILIDAD Y AGRESIVIDAD, SE EVIDENCIA HIPERPROLACTINEMIA SINTOMATICA. SE BAJA DOSIS DE RISPERDIONA Y SE INICIA FLUOXETINA PARA MANEJO DE IRRITABILIDAD. P., SE BAJA DOSIS DE RISPERIDONA LIQUIDA A (2 MG/NOCHE) Y SE ADICOONA FLUOXETINA JARABE 5CC/DIA. SS CONTROL POR PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE"

1. Discapacidad intelectual moderada

Vive con madre, padre, hermana, en otro apartamento vive abuelos

Asiste a crecer diario, 7.30 a 4pm. ocasional agrede a docentes en crecer, pero esto pasa diario en casa, ocasional se tira pelo, se muerde, ocasional lanza objetos, no fugas, no toma objetos sin permiso. según madre esta tomando olanzapina, cambiada por Emanuel, esto enero o febrero de año previo, no aporta historia, según madre por hiperprolactinemia, usa 5mg cada 12 horas, aumentada de dosis luego de hospitalización en la paz de autoagresiones, padres pidieron salida voluntaria, esto sucedió a inicio de año, no tiene claro. Según madre en casa esta peor su conducta, lastimo a su perro. Según madre se mueve constantemente, inquieto.

Se duerme 9pm -10pm, le administran olanzapina 9pm, se despierta 5.45am, sueño superficial, se demora en conciliar, no somnolencia, no cansancio, apetito bajo.

En crecer hacen manualidades, recibe ocupacional para habitos.

Le gusta películas, música, bailar, no llanto, celular.

Porte cuidado y adecuado para edad, contacto visual intermitente, alerta, orientado en persona, hipoprosexico, afecto contenido, pensamiento concreto, no alteraciones sensoperceptivas, euquinetico, lenguaje no claro, , introspección presente, prospección en construcción.

Paciente con discapacidad intelectual moderada, alteración de comportamiento secundaria, pobre control con dosis actual de medicación, se decide ajustar medicación para esto, debe trabajarse en psicología tema de normas en casa donde predomina los problemas de conducta

Control en un mes

olanzapina tableta 5mg 1 - 0 - 1 1/2, si no mejora conducta dar 1-0-2

psicología

Se explica madre la psicopatología, posibles factores etiológicos, contextos ambientales (familiares, sociales) que contribuyen a mantener la problemática, pronósticos, por lo cual amerita psicoterapia y su finalidad.

Adicionalmente se explica uso de medicación, con administración y supervisión por un adulto, tiempos de inicio de acción de medicación, mecanismos de inicio y de suspensión del fármaco, posible tiempo de uso del fármaco, posibles reacciones adversas frecuentes, signos de alarma para suspensión del medicamento, se desmitifica la dependencia al fármaco. Refieren entender el proceso y aceptarlo. Se aclaran dudas.

La anterior información no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter clínico que se desprende de la entrevista realizada, no constituye un concepto o informe de características periciales, forenses ni tiene finalidades legales. Se recuerda que la historia clínica es un documento privado, reservado para el paciente y médico, lo conocen los terceros y familiares cuando el paciente lo autoriza y en casos señalados en la Ley o por orden judicial (Ley 23, 1981).

2717

Dx Eje I: Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atencion o tratamiento - f711 *

Profesional que realiza	Cargo	Fecha y hora
	Psiquiatria	2023-03-02 10:59:00

CC: 1010171110

YULY JASBLEIDY CRUZ GARZON
R.M. 1010171110

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA USO DE LA APLICACIÓN Y RECIBIR SERVICIOS DE TELEMEDICINA DEBIDO AL COVID19 Al visitar la aplicación de la CLINICA RETORNAR SAS doy mi CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA debido al Covid 19 y declaro que he leído, entendido y aceptado los términos de esta modalidad de servicio así: 1. Que tengo el derecho de retirarme al uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar el derecho a la atención o tratamiento en el futuro y lo que se hubiese prestado. 2. Entiendo las alternativas de la consulta de telemedicina y al elegir participar en ella, acepto como medio para transmitir y recibir información y tratamiento médico al igual que se hace en una consulta presencial, esto es recibir servicios de salud que incluye diagnostico, medicamentos, revisiones, y tratamientos médicos que se consideren necesarios para tratar el problema de salud. 3. Entiendo que el uso de la plataforma tiene como único objeto el desarrollo de una consulta de telemedicina para la asistencia a distancia de mi patología, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados. 4. Entiendo que la telemedicina puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal , la cual se manejara con la privacidad y confidencialidad que consagra la ley . 5. Quedará registrado en mi historia digital la realización de la consulta vía electrónica ,con la inclusión de las recomendaciones médicas dadas y que la información entregada a mi médico a través la plataforma es veraz 6. Si el paciente es menor de edad, se establece que la consulta de telemedicina esta presente alguno de los tutores legales y serán estos los responsables de la información dada a través del correo electrónico. 7. Que como medio de comunicación virtual, puede presentarse fallas, sin que esto implique incumplimiento en la prestación del servicio. He leído y entiendo la información proporcionada sobre los servicios de telemedicina, la he discutido con mi médico y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente, entiendo los riesgos y beneficios de la consulta por telemedicina y por la presente doy mi consentimiento informado para participar en la consulta virtual de telemedicina que ofrece la CLINICA RETORNAR SAS .

2718

INSCRIPCIONES PUNTO FISICO

2719

BOXEO

Categoría 16 años en adelante

2720

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	Boxeo.	5 Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Ginna Lisbeth Florez Gomez

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?* 52831788

4. ¿Cuál es su número de celular? 3143381870

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * ginnaflo@gmal.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 64h 71 - 21

7. ¿Cuál es su edad? * 42

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

( ) Persona con discapacidad (X) Adulto(a) Mayor (X) 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**

(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 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)?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2721

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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!

2722

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 Ginna Lisbeth Florez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52831788 de Bogota y domiciliado en el barrio El Paseo, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA BOXEO del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 5 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:
Nombre: Ginna L. Florez
C.C: 52831788
Teléfono: 3143381870
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 316 337 4287.
Dirección: Calle 64 #71-21



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.831.788**

FLOREZ GOMEZ
APELLIDOS

GINNA LISBETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1981**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

02-JUN-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150-00901454-F-0052831788-20170502 **00551**89209A 2 9999771057

2724

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del 2do COTIZANTE	
CC 52831788 GINNA LISBETH FLOREZ GOMEZ	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/02/2020**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 5 de Agosto de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

2775

Cuenta / Referencia de pago: 61185177

Factura electrónica de venta F15I79057363

Cliente: FRANCISCO HERNANDEZ

Dirección de servicio: CL 64H 71 0021

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/19 03:27:31

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/20 06:59:25

Forma de pago: Crédito 16 días

CUFE: b4500759ea326c2e0f39ad0bc70e5f496c106e5703709d9a6eab90eb555cebd27bd82ef07a2ea66cd3adeea3c61473a2

Componentes tarifarios: Gm: 1056.38 Pm: 694.03 Dm: 807.24 Cm: 2417.38 Gc: 59.73 Cufm: 3811.0 CUmc: 2417.38 Cim: 0.0 Cuc: 0.0
Pcom: 42.438 M3m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 141 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 232.763 DAUR: 0.0 DAUR: 0.0

① Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	12.0	2.417,38	29.008,56	0,00	29.008,56
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,44	0,44	0,00	0,44

- FECHA y HORA: 03/08/2023
7:20 AM

- Nº Aprobación: 201118

Subtotal 32.820,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 32.820,00

Ac 0,00

Total factura electrónica (1 + 2) 32.820,00

vanti ¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

Conserva los soportes cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programa/PO - 01 8000 942794

Somos grandes contribuyentes Resolución 012203 Diciembre 28/2022 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764031165079 19/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 80000001 Hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

ESP. NIT: 860.007.813-5 Revisor fiscal Ernst Y Young Audit S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo. Art. 130 de la ley 142 de 1994

vanti Más formas de avanzar

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

Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5077196-102063

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 9130	2023-06-16	ESTIMADO	
Actual 9146	2023-07-15	REAL	

Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023

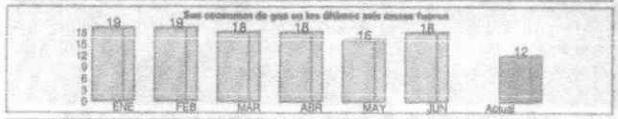
Volumen medido (Vm): 16 Kp: 0.76826 Kt: 1.00838 Pt: 0.77316 Volumen corregido (Vc): 12

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.73 Temperatura estándar (Tal): 15.56

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

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 F3 pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



① Saldo Anterior	0,00

② Plan de Pagos o Diferidos	Cuota	Cuotas	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

③ Recaudo de terceros	Valor

Subtotal 0,00

Total a Pagar (1) + (2) + (3) 32.820,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/12/2025	05/08/2023	04/08/2023

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

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 3282

Se suspenderá el servicio por falta de pago, cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o de la instalación interna y de artefactos de consumo, puede proceder el recorte de reducción. Consulte si entiende y opera ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los recursos de ley previstos en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)61185177(3900000000000032900

2786

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	Boxeo	10 agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Ivan Rodigo Velasquez Suarez

2. ¿Cuál es su tipo documento? *
(x) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia
( ) Otro ¿Cuál? 1015420174

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1015420174

4. ¿Cuál es su número de celular? 3005951294

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * ivsua.dg.tc@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cl64gbisA8527

7. ¿Cuál es su edad? * 32

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?*
(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)?* Angel Santiago Velasquez Cepeda

*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)?* _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ⊘ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2727

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? cll64 85 27

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!

2723

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 Ivan Rodrigo Velasquez S. mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1015420174 de Bogotá y domiciliado en el barrio La Isabella, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Boxeo 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".***

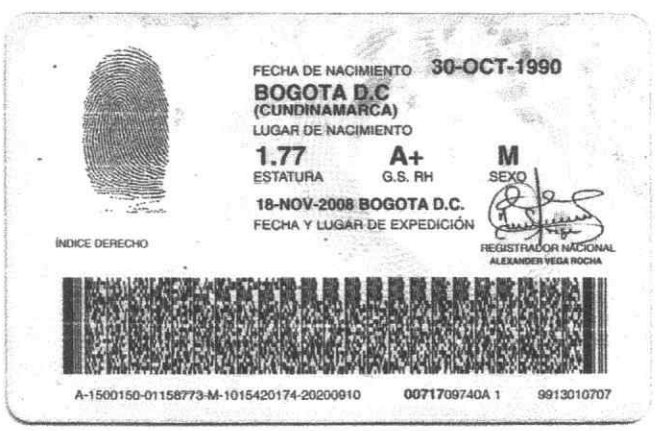
Se firma en Bogotá a los 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: _____
Nombre: Ivan Rodrigo Velasquez
C.C: 1015420174
Teléfono: 3005951244
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3013808640
Dirección: Cll 91g bis 85 27

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

27729


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.015.420.174
VELASQUEZ SUAREZ
APELLIDOS
IVAN RODRIGO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1990
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-1500150-01158773-M-1015420174-20200910
0071709740A 1
9913010707

2730

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 1015420174
NOMBRES Y APELLIDOS	Velasquez Suarez,Ivan Rodrigo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Velasquez Suarez,Ivan Rodrigo, a los 10 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

Saque el máximo partido a su impresora

¡Regístrese con HP! Con su cuenta gratuita, personalice la dirección de correo de su impresora, añada y gestione HP Printables y descubra más Servicios Web.*

Su impresora no está conectada a una red.

Para configurar Servicios Web, la impresora primero debe estar conectada a Internet

Para instrucciones sobre la conexión de la impresora a una red inalámbrica, mantenga pulsado el botón Información de la impresora durante 3 segundos.

Si está usando un dispositivo móvil (como tablet o smartphone), puede usar la app HP All-in-One Printer Remote para configurar Servicios Web. Para instrucciones o para descargar la versión más reciente, visite 123.hp.com.

Si está utilizando un equipo con Microsoft® Windows® o Apple OS X, utilice el servidor web incorporado (EWS) para configurar Servicios Web:

1. Abra EWS (también denominada página de inicio de la impresora) escribiendo la siguiente URL en un navegador compatible de su equipo:
   Windows
   http://HPAA1BFC
   Apple OS X
   http://HP842AFDAA1BFC.local.
   En EWS, haga clic en la ficha Servicios Web, haga clic en Configuración en la sección de ajustes de Servicios Web y siga las instrucciones en pantalla.
2. Después de que la impresora se conecta al servidor HP ePrint y se registra, imprime una página de información. Siga las instrucciones de esta página para activar la cuenta de Servicios Web en HP Connected.

Una vez configurada, puede:

14163

GRUPO 1 CIRCUITO: RB2-111SETR1 - NIVEL DE TENSION 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACION:
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 Publicos Domiciliarios.



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 en el Hogares, luego 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	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 · DaviPlata · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · 1000 · Bancolombia · 4-72 · MOVIIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

**

Almacenes de Cadena

Metro

Código QR

** Para mayor información sobre horarios de atención, ubicación de puntos de pago y canales habilitados para el pago de tu factura, consulta en www.enel.com.co/es/personas/pagos-y-facturacion.html en la SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 **Vigencia: JUN/2023 / $831.34 Costo kWh Mes**

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Electrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores segun Resolucion No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun 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 ellos 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: 25 JUL 2023

14163

Bogotá

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

earth pact ECOLOGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0959878-5

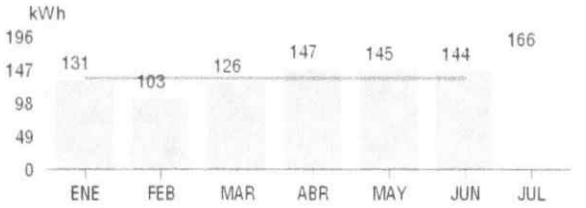
14163

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 732899971-8

CLIENTE

SIXTO SILVA H
CL 64 G BIS A NO 85 - 27 IN 5 AP 300
INT 5 PISO 3
BOGOTÁ, D.C.
ALAMOS

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 4.8 kWh

VALOR DIARIO: $3,441

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

DIÀS FACTURADOS: 34

CONSUMO MES 166 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 18 505 1559
RUTA LECTURA:	3000 5 18 513 0159
MANZANA DE LECTURA:	MS00562613
MEDIDOR NO:	16051562
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 111SETR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Di: 219.62 CF: 145 MC: 0 MF: 1 %I: 15

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

2737

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	Boxeo	08 agoto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Leyton Bayer Parra Lopez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1077551 4. ¿Cuál es su número de celular? 3212508881

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

6. ¿Cuál es su dirección? * cra 81 a#64 d 16 7. ¿Cuál es su edad? * 37

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

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
(☑) Si → 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)?* Lya Gabriela Parra Lopez

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1028485008

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)? 312 21 25 132

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * LycaParra2020@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2733

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 81 a # 64 d 16

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.

S

¡Gracias por su tiempo!

2734

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 Leyton Beyer Parra Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80177551 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villa Luz, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Boxeo Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (✓) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 08 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre ✓ tutor__ cuidador__
Nombre: Leyton Beyer Parra Gonzales
C.C: 80177551
Teléfono: 321 250 8881
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cra 81 bis # 64 d 16
Lyn Estrella Parra Lopez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1028485008

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

2735

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.485.008**

PARRA LOPEZ
APELLIDOS

LYA GABRIELA
NOMBRES

Gabriela
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-AGO-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-AGO-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

06-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00656239-F-1028485008-20161018 0051880371A 1 1274133098

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.177.551**

PARRA GONZALEZ

APELLIDOS

LEYTON BEYER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ENE-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00596310-M-0080177551-20140707 0039126419A 1 1272957539

2737

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEYTON BEYER PARRA GONZALEZ identificado con CC 80177551 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **23/07/2023**

IPS Cotizante: **CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
LYA GABRIELA PARRA LOPEZ	TI 1028485008	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA	BENEFICIARIO	23/07/2023	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 15 días del mes de julio del año 2023 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

aseo

PRESTADOR: 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 10272592

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 12325967011

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

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	3
Und. Res. Ocup:	1	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.000
Und. Res. Desocup:	000	**Und. No Res. Desocup:**	000	**Volumen:**	0.00
Frec. Barrido:	02	**Frec. Recolección:**	03	**% Participación:**	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento
24.451,34	17.780,67	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento	
0.0027	0.0012		0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0414	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:	0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DIAS LIQUIDADOS:
$42.600	$44.605	$45.595	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$53.006	Interés de Mora	$44
Subsid o	$7.951-	Ajuste a la Decena	$1
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 $ 45.100

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE
(Ley 99 de 1.993)
El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda)	$23,57	$27,73	$879
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$72,70	$85,53	$2.711

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, Bancamía, Credifinancjera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP, PSE Y BILLETERAS MÓVILES

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

Punto de Pago

MEDIOS ELECTRONICOS
Bancolombia
Banco Popular
Banco Av Villas
Banco Caja Social
Banco Colpatria
Cajeros Servibanca
Banco Colpatria
Banco GNB Sudameris
Cajeros ATH (Grupo Aval)
Banco de Occidente

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS
BANCO DAVIVIENDA
BANCO POPULAR
BANCO DE BOGOTÁ

CENTRO NARIÑO
Pagos tarjetas
- Visa y Mastercard
- Débito y crédito
Calle 24 No. 27-15

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

SUPERCADES
CAD
Americas
20 de Julio
Bosa

CADES
Bosa Estación
Candelaria
Kennedy
Suba Gaitana
Servita
Muzú
Patio Bonito
Plaza de las Americas
Santa Helenita
Suba
Tunal
Fontibón
Santa Lucía
Tunjuelo

RAPICADES
Bosa Holanda
Carrera Suba
Chapinero 58
Chapinero 53
Fontibón Centro
Molinos
Restrepo Kr. 20
Santa Inés
Sevilla de Agosto
Soacha
Mercurio
Sparcha
Claret
San Fernando
Calle 80
Kennedy

RECLAMOS 116 Acueducto 110 Aseo

ENTRE A: www.acueducto.com.co haga click en Servicios al Ciudadano y obtenga información de los puntos de atención, copia de la factura y realice su pago a través de internet. Consulte la publicación del Contrato con Condiciones Uniformes

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.062.338-1

FACTURA DE COBRO No. 12325967011 - 10272592
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	ORGANIZACION LUIS CARLOS SARMIENTO ORGAN
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	KR 81A 64D 16

(415)7707200489996(8020)12325967011O(3900)000000045100

TOTAL ASEO $45.100

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 12325967011 - 10272592
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario)

acueducto

PERÍODO FACTURACIÓN	ORGANIZACION LUIS CARLOS SARMIENTO ORGAN
ABR/21/2023 - JUN/20/2023	KR 81A 64D 16

(415)7707200485271(8020)12325967011(3900)000000233030

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $233.030

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

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

2739

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	BOXEO	04 de Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sergio Erik Serrano Aguilar

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?* 1014277037

4. ¿Cuál es su número de celular? 3157484453

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 102 #70-76 Casa 15.

7. ¿Cuál es su edad? * 27

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

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
- ( ) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**
- ( ) 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.*

2940

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ⊗ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

Talla M

¡Gracias por su tiempo!

2741

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 Sergio Erik Serrano Aguilar mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014277037 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio Alamos, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Boxeo 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 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma: _____
Nombre: Sergio Erik Serrano Aguilar
C.C: 1014277037
Teléfono: 3157484453
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: Cra 102 # 70-76 casa 15

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

2942

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.277.037**

SERRANO AGUILAR

APELLIDOS

SERGIO ERIK

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

19-MAY-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00975746-M-1014277037-20180206 **0059**411316A 1 9903196997

2743

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	1014277037
NOMBRES	SERGIO ERIK
APELLIDOS	SERRANO AGUILAR
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	07/05/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/04/2023 09:57:00	**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".

2744

Cuenta / Referencia de pago:
61491299

Cliente: FLORENTINO SERRANO
Dirección de servicio: KR 102 70 0076 C15 00001
Municipio: BOGOTA

Factura electrónica de venta F15I75322874
Fecha y Hora de Generación: 2023/06/07 10:34:54
Fecha y Hora de Expedición: 2023/06/07 20:09:49
Forma de pago: Crédito 15 días

CUFE: c30181edd5515bab6d9c47004aeb0e78dld3e49fbe866270f69ce83a71ce1525f7ae492412e27b073f6095fd8a73b238

Componentes tarifarios: Cuv: 1089.52 Fc: 732.84 Dm: 622.14 Cm: 2506.69 Pc: 62.19 Cuev: 3775.0 Cfijo: 2506.69 Fcu: 0.0 Cc: 0.0
Fpcm: 42.512 M[m3] Su consumo en M3 de gas equivale a: 177 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 233.759 DMP: 0.0 DMPR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19 %	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	15.0	2.506,69	37.600,35	0,00	37.600,35
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.775,00	3.775,00	0,00	3.775,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	4,65	4,65	0,00	4,65
6000052	ASISTENCIA GAS Y HOGAR CLASICO	UN	1.0	8.277,31	8.277,31	1.572,69	9.850,00

Subtotal 51.230,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 3 **Subtotal:** 49.657,31
IVA: 1.572,69
Total factura electrónica ① + ② 51.230,00



vanti
Más formas de avanzar

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

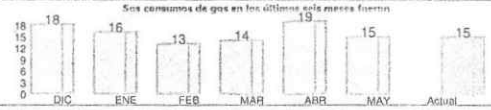
Datos de medición para consumo de gas: | Medidor Nº: 5057101-144433
Uso: Residencial | Estrato / Categoría: E3 | Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 4996	2023-05-04	REAL	
Actual 5016	2023-06-03	REAL	

Período facturado: MAY-2023 JUN-2023

Volumen medido (Vm): 20 Kp: 0.76826 Kt: 1.00490 Ft: 0.77208 Volumen corregido (Vc): 15
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.13 Temperatura estándar (Te): 15.56
Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 Z2 pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior 0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ 51.230,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/07/2025	23/06/2023	22/06/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y los siguientes conceptos: Visita en caso de reconexión 60,500

(415)7709998026925(8020)141000000000000000000

Somos grandes contribuyentes Resolución 012220 Diciembre 28-2022 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 13764031165579 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

ESP. NIT. 900.007.813-5 - Revisar Ilscal Ernst Y Young Audit S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

En convenio de recaudo con:
vanti
CAPILLAS DE LA FE
COORSERPARK
Con usted en los momentos difíciles

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

www.coorserpark.com

Brindamos **cobertura de Previsión Exequial** a tu grupo familiar y además:
- Cobertura a nivel nacional
- Funerarias de primera categoría
- Productos innovadores
- Amplio portafolio de servicios

www.capillasdelafe.com

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

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

2745

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Boxeo	04 de Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Obdulia Aguilar Angel

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?* 40.388.386

4. ¿Cuál es su número de celular? 3202434789

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Kra 102 # 70-76

7. ¿Cuál es su edad? * 53

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (●) 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 David Serrano Aguilar

*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)?* 1032394506

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 17

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ⓧ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3202434789

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2746

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Kra 102 # 70-76

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

(X) 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 (X) 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) (X) 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
(X) 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.

M

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2742

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.032.394.506**

SERRANO AGUILAR
APELLIDOS

SAMUEL DAVID
NOMBRES

Samuel S.
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-2005**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-AGO-2023 **O-** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

19-OCT-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01321921-M-1032394506-20221006 0087358867A 1 8505856929

2948

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.388.386

AGUILAR ANGEL
APELLIDOS

OBDULIA
NOMBRES

Obdulia Aguilar Angel
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1969
LEJANIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-MAY-1988 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-5200100-69135481-F-0040388386-20051222 03333 05356B 02 188034545

2749

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	1032394506
NOMBRES	SAMUEL DAVID
APELLIDOS	SERRANO AGUILAR
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	26/08/2005	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/29/2023 10:47:10	**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

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

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

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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

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

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

Medios de Pago

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · BancaOjo · Banco Caja Social · Bancolombia · GNB · BBVA · Banco Falabella · Banco AV Villas

*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: **61491299**

Más formas de avanz
Vanti S.A. ESP

Cliente: FLORENTINO SERRANO
Direccion: KR 102 70 0076 C15 00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Ruta: 00113704244500050000
Sector: LOS ANGELES
Código Sector 142
Lote: P03GN
Medidor No.:5057101-144433

7750

vanti



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

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

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

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

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

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

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

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

Síguenos como @grupovanti

295

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 Obdulia Aguilar Angel. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 40388 386 de villavicencio. y domiciliado en el barrio Alamos N., (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Boxeo Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 04 días del mes de 07 de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Obdulia Aguilar A.
C.C: 40388 386.
Teléfono: 3202434789
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cra. 107-70-76. casa 15.
Samuel David Serrano A.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1032394506.

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

2752

Número de contrato: 490-2023

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

Fecha de la inscripción: 18/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Laura Valentina Leal Clavijo

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?* 1001078028

4. ¿Cuál es su número de celular? 3115463111

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 105 F # 68-35

7. ¿Cuál es su edad? * 21

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.*

2753

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!

2754

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 Laura Valentina Leal Clavijo mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1001078078 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio — E, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Boxeo 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".***

Centauro del Danubio

Se firma en Bogotá D.C a los 18 dias del mes de Agosto, de 2023.

Firma: laura leal
Nombre: laura valentina leal clavijo
C.C: 1001078078
Teléfono: 311 346 31 11
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 311 346 31 11 - 3223832424
Dirección: carrera 105 F # 68 - 35



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.078.028
LEAL CLAVIJO
APELLIDOS
LAURA VALENTINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
06-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01177124-F-1001078028-20201109 0072349227A 1 8500931671

2756

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 1001078028
NOMBRES Y APELLIDOS	Leal Clavijo,Laura Valentina
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/03/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Leal Rodriguez,Evar Alirio, a los 18 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

Total a Pagar: $921,990

PAGO OPORTUNO
10 AGO/2022

FECHA DE SUSPENSIÓN
12 AGO/2022

2534520-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 AGO/2022

Situación encontrada: Normal

	$680.85		$78,758
Beneficio -50.00%			$-39,379
	SUBTOTAL:		$39,379

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA BE UTILIZACION CODENSA HOGAR	$16,700
INTERESES POR MORA SERV FINANCIERO 03.2	$897
SALDO CONVENIO CODENSA HOGAR	$1,451,068
CUOTA CAPITAL AFECTO INTERES CODENSA HOGAR	$812,956
SALDO VENTA CODENSA HOGAR	$447,678
CUOTA INTERES CODENSA HOGAR	$47,260
Seguro Crédito Fácil	$2,000

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo — 2 — TOTAL OTROS: $882,603

LA TASA DE INTERES APLICABLE EN CASO DE MORA ES DE 33.32% E.A.

...lito Fácil Codensa de la Ley 2009 en www.creditofacilcodensa.com sección tasas y tarifas.
...a 19 N 114-09 Of.502. Tel:(601)213-1322/70. Lun-Vie: 8a.m. a 5p.m. días hábiles.
...oips: José Guillermo Peña G. Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes N. Más info.
...editofacilcodensa.com/canales de atención

...DO POR SCOTIABANK COLPATRIA

...TE: 27/07/2022		...TAL: $3.000.000			
...E: $23.511		...CES $0			
VALOR TRANSACCIÓN	CAPITAL	...	SALDO PENDIENTE POR FACTURAR	TASA INT. EFEC. ANUAL	
$797,900	$31,200		$165,292	26.85%	

PAGO OPORTUNO
10 AGO/2022

TOTAL A PAGAR
$921,990

(415)7707209914263(8020)012534520568867768647(3900)000000921990

NÚMERO DE CLIENTE
2534520-5

Factura de Servicios Públicos No.
688877686-4

25501

Ayúdanos a cuidar a nuestros técnicos.

Los accidentes por mordeduras de perros son frecuentes en nuestros técnicos. **Ayúdanos a evitarlos, teniendo a tu mascota bajo control** cuando nuestros técnicos estén trabajando cerca de tu vivienda.

Así, ellos pueden realizar su trabajo de forma segura y sin accidentes.



Contáctanos

Escríbanos a: clientes.enel@enel.com.co
Chat de atención en www.enel.com.co/es/personas/canal-de-atencion.html
App Enel Clientes Colombia
Enel Colombia
@EnelClientesCO
316 800 6003

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago — Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios — Red Distrital — Centros de Servicio — Código QR

CONRED, Reval, RED CADE, enel, MOVIRED

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia JUN/2022
G:234.26 T: 41.52 D: 234.32 CV: 19.54 PR: 46.23 R: 54.69 CP: 0.00 / $ 800.72 Costo kWh Mes
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 0S0.S5 Costo kWh Mes

FECHA DE EMISIÓN FACTURA 03 AGO/2022

enel | Bogotá

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

earth pact — PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2534520-5

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 688877686-4

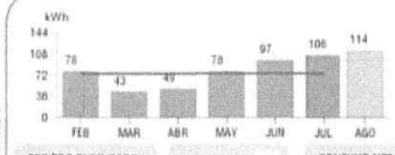
25501

CLIENTE

GILBERTO CLAVIJO
KR 105 F NO 68 - 35 PI 1
BARRIO CENTAUROS
BOGOTÁ, D.C.
VILLA DEL MAR

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGIA



VALOR kWh APLICADO: $680.85
CONSUMO DIARIO: 3.8 kWh
VALOR DIARIO: $1,313

PERIODO FACTURADO: 29 JUN/2022 A 29 JUL/2022
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 114 kWh

CALIDAD DEL SERVICIO



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 506 0538
RUTA LECTURA:	3000 5 03 513 0551
MANZANA DE LECTURA:	MS0050524B
MEDIDOR NO:	971726
MEDIDOR NO:	

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

25501

2758

RUGBY

2759

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	Rugby	01 agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Angelica Velasquez Suarez

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?* 1014195968

4. ¿Cuál es su número de celular? 3222519009

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

6. ¿Cuál es su dirección? * calle 64G Bis A 85-27

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)?* _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

○ Cédula de ciudadania ○ Registro civil ○ Tarjeta de identidad ○ Nuip ○ Cédula de extranjeria ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2761

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

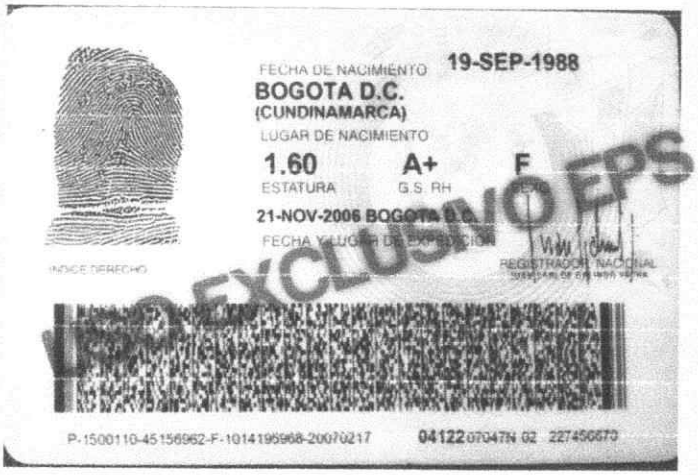
Yo Diana Angelica Velasquez mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014195968 . de Bogota y domiciliado en el barrio villaluz, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Rugby del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer 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 01 días del mes de agosto de 2023.

Firma:
Nombre: Diana Angelica Velasquez
C.C: 1014195968
Teléfono: 3222519009
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3013808640
Dirección: calle 64 G Bis A 85-27

2762


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.014.195.968
VELASQUEZ SUAREZ
DIANA ANGELICA
FIRMA
USO EXCLUSIVO EPS


FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
21-NOV-2006 BOGOTA D.C.
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500110-45156962-F-1014195968-20070217
04122 07047N 02 227456673
USO EXCLUSIVO EPS

2763

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 1014195968
NOMBRES Y APELLIDOS	Velasquez Suarez,Diana Angelica
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/04/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Velasquez Suarez,Diana Angelica, a los 09 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

2764

14163

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensor@enel.com | denuncias@enel.com

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotr

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 | App Enel Clientes Colombia | Chat de servicio en: www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html

@EnelClientesCO | WhatsApp: 316 890 6003 | Formulario PQR en: www.enel.com.co ... 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	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | Daviplata | MOVII | DiMoplata | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios | Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

CONRED | efácil | Reval | RED CADE | ** | Almacenes de Cadena | Metro | MOVIIRED | puntored

** Para realizar pagos en Corresponsales Bancarios, Centros de Servicio, Red Distrital, Almacenes de Cadena y Billeteras Virtuales, debes indicar el número de cliente. Consulta nuestra página web para ver el listado de Corresponsales Bancarios, Centros de Servicio, Almacenes de Cadena y Billeteras Virtuales habilitados para el pago de tu factura. Si tienes dificultades para realizar tu pago en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bravo y CADE Tuluá, ...

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 / $831.34 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun
CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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: 25 JUL2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: FR27_11158TR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa CON FACTURACION:
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 Publicos Domiciliarios.

14163

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

Bogotá

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0959878-5

14163

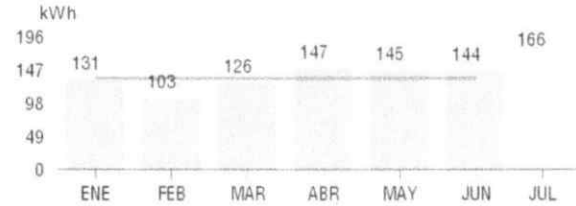
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 732899971-8

CLIENTE

SIXTO SILVA H
CL 64 G BIS A NO 85 - 27 IN 5 AP 300
INT 5 PISO 3
BOGOTÁ, D.C.
ALAMOS

14163

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 4.8 kWh

VALOR DIARIO: $3,441

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

DIÀS FACTURADOS: 34

CONSUMO MES 166 kWh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	7
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 18 505 1559
RUTA LECTURA:	3000 5 18 513 0159
MANZANA DE LECTURA:	MS00562613
MEDIDOR NO:	16051562
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11158TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 219.62 CF: 145 MC: 0 MF: 1 %t: 16

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

33.710 - Page 1 of 2

2965

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	Rugby	02/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Karen Dayana Saenz Pinto

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?* 1043029905

4. ¿Cuál es su número de celular? 3194455506

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 116 #776

7. ¿Cuál es su edad? * 24

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)?* Andres Santiago Saenz Pinto

*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)?* 1014992968

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)? 3194455506

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2766

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? Cra116 # 776 -42

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!

2767

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 Karen Dayana Saenz Pinto Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014302905 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio V. 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 Rugby 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 02 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Karen Dayana Saenz Pinto
C.C: 1.014.302.905
Teléfono: 319 445 5506
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 311 294 6116
Dirección: Cr 116 #77B-42

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Andres Santiago Saenz Pinto
Número de identificación 1.014.992.968

2768

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUIP 1.014.992.968

SAENZ PINTO

APELLIDOS

ANDRES SANTIAGO

NOMBRES

santiago

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-2009

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-JUL-2027 O+ M

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-OCT-2016 BOGOTA D.C

FIRMA AUTORIZADA



A-1500150-00521438-M-1014992968-20161030 0052143838A 1 384152674





Powered by CamScanner

2770

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1014992968
NOMBRES Y APELLIDOS	Saenz Pinto,Andres Santiago
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/01/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pinto Parra,Nayiber Milena, a los 02 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 Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2771

Eficiencia energética

Oficina Virtual

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

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

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

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

Medios de Pago

Pagos a través de www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en oficinas aliadas

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco AV Villas

*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: **61440555**

vanti
Vanti S.A. ESP

Cliente: JAVIER GIRALDO
Dirección: KR 116 77B 0042 126 00001
Municipio: BOGOTA
Código Postal: 000000
Lote: P03GN
Ruta: 001167044132000500O
Sector: VILLAS DE GRANADA I Código Sector 361
Medidor No.:507101-1084286

cancelado

vanti



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

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

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

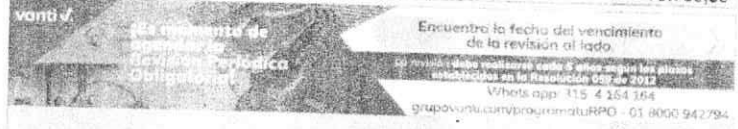
Línea de Atención de Emergencias **01 8000 919 052**

24 horas. Móvil y fijo **164**

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

Síguenos como @grupovanti

Subtotal	0,00
Total Items: 2	Subtotal 78.750,00
IVA:	0,00
Total factura electrónica: 1 - 2	78.750,00



Subtotal			0,00
Total a Pagar 1 - 3 - 4 - 5			78.750,00
Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno	
31/08/2026	22/07/2023	21/07/2023	

60.500

Usa mi energía a una familia colombiana donando un aporte voluntario en www.grupovanti.com
Valor sugerido $ 7875

2792

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	Rugby	02/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Karen Dayana Saenz Pinto

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?* 1014302905

4. ¿Cuál es su número de celular? 3194455506

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 116 # 77b -42

7. ¿Cuál es su edad? * 24

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)?* Jhon Sebastian Saenz Pinto

*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)?* 1014992967

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)? 3194455506

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

2773

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 116 # 776 - 42

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.

S

¡Gracias por su tiempo!

2774

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUIP 1.014.992.967
SAENZ PINTO

NOMBRES
JHON SEBASTIAN



Sebastian

FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

FECHA DE VENCIMIENTO 23-JUL-2027 O+ M

20-OCT-2016 BOGOTA D.C.

REGISTRADOR NACIONAL

I<COL1014992967<<<<<<<<<<<<<<<
0052171046A 1 12841526<9

2775

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 Karen Dayanna Saenz Pinto Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014302905 de Bogota D.C y domiciliado en el barrio Vo 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 Rugby 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 D.C a los 02 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Karen Dayana Saenz Pinto
C.C: 1.014.302.905
Teléfono: 319 445 5506
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 311 294 6114
Dirección: Cr 116 #77B-42

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Jhon Sebastian Saenz Pinto
Número de identificación 1.014.992.967

2776



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.014.302.905

SAENZ PINTO
APELLIDOS

KAREN DAYANA
NOMBRES

Karen Saenz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1999
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 B- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ENE-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00887313-F-1014302905-20170304 0054101119A 1 48114590

Powered by CamScanner

2777

EPS Sanitas

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1014992967
NOMBRES Y APELLIDOS	Saenz Pinto,Jhon Sebastian
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/01/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pinto Parra,Nayiber Milena, a los 02 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 Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2978

Doblar y pegar

Eficiencia energética

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

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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

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

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

Medios de Pago

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

pse
Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Paga en cualquiera de estos establecimientos

Redeban · Bancolombia · Itaú · Bancolombia · BBVA · Banco Caja Social · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Rappi

*Permite activar únicamente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

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

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

vanti
vanti S.A. ESP

Cuenta o Referencia de pago: **61440555**

Cliente: JAVIER GIRALDO
Dirección: KR 1 Int 479 0042 125 00001
Municipio: BOGOTA
Código Postal: 000000
Ruta: 00116704413200250000
Sector: VILLAS DE GRANADA | Código Sector 361
Lote: P03GN
Medidor No.: 5077101 1084286

cancelado

vanti



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

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la 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; consúltalo en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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

Cuenta / Referencia de pago
81440553

Fecha de electrónica

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor

Observaciones de lectura

Real	2023-06-03	REAL
Real	2023-07-05	REAL

JUN-2023 JUL-2023

Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
		M3	31,0	2.412,26	74.800,11		
		UN	1,0	1.950,00	1.950,00		
		UN	1,0	0,22	0,22		

Subtotal 78.750,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 78.750,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica 1 - 2 78.750,00

Subtotal 0,00

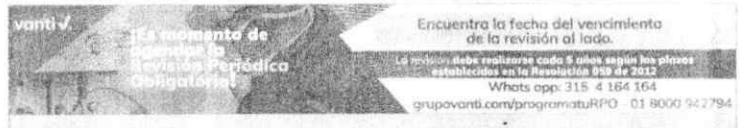
Recaudo de terceros

Subtotal 0,00

Total a Pagar 1 - 3 - 4 - 5 78.750,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/08/2026	22/07/2023	21/07/2023

60.500



Haz esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com valor sugerido $ 7875

(415)7709998026025 8020 61440553 3900 20220705 96 7751

2799

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	Rugby	03/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Astrid Giselle Hoyos Alvarez

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?* 52185866

4. ¿Cuál es su número de celular? 3192022257

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * ghoyos814@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * calle 70 D 105 F 81

7. ¿Cuál es su edad? * 47

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)?* Laura Sofia Hoyos Alvarez

*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)?* 1014246394

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)? 305 4387555

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2780

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 70 D No 105 F -81

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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!

2781

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 Astrid Giselle Hoyos Alvarez identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52 185 866 de Bta y domiciliado en el barrio Villa Amalia (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Rugby 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 3 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Astrid Giselle Hoyos G.
C.C: 52185866
Teléfono: 3192022257 3204874111
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: dlc 70 D105 F81
Laura Sofia Hoyos Alvarez
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1.014.246.394 Bta

2982

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.246.394**
HOYOS ALVAREZ
APELLIDOS
LAURA SOFIA
NOMBRES

Sofia Hoyos
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-AGO-2029 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
13-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01043905-F-1014246394-20181106 0063082618A 2 1625134868

2785

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.185.866

HOYOS ALVAREZ
APELLIDOS

ASTRID GISELLE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45149341-F-0052185866-20060704 05056 06181A 02 185256853

2784

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	1014246394
NOMBRES	LAURA SOFIA
APELLIDOS	HOYOS ALVAREZ
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 SURAMERICANA S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/04/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/01/2023 12:08:30	**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

19191

¿Cómo se calcula el valor de la factura de energía?

En nuestro podcast #EnergíaParaLaVida, te contamos las razones principales por las que varía la tarifa de energía y qué puedes hacer para controlar tu consumo.

Ponte los audífonos y escúchalo ya:



Contáctanos

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS: 115
DENUNCIAS: 601 5 894 394 denuncias@enel.com
DEFENSOR DEL CLIENTE: defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios Virtuales de Pago
Billetero Virtual
APP Banco
Internet
Teléfono Banco
Débito Automático
Cobro Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
Corresponsales Bancarios
Red Baloto
Centros de Servicio
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 Tuberia.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:360.90 T: 52.36 D: 265.99 CV: 67.88 PR: 70.89 R: 17.36 CF: 0.00 / $835.41 Costo kWh Mes

Vigencia: MAR/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 773.49 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,84 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0537 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN 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 ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, bosa 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."

Este 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, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 MAY2023

(PD): 1 CIRCUITO: BLL1-4997R1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa CODI. FACTURACIÓN: 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 Domicil.

19191

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

2785

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1038124-2

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 722530941-3

19191

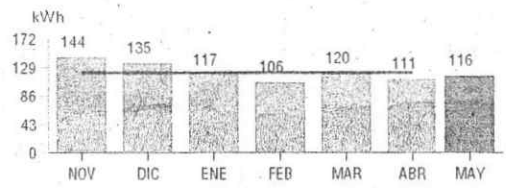
CLIENTE

PROVINSA S.A
CL 70 D NO 105 F - 81

BOGOTÁ, D.C.
VILLA AMALIA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $773.49

CONSUMO DIARIO: 3.8 kWh

VALOR DIARIO: $2,542

PERÍODO FACTURADO: 28 MAR/2023 A 27 ABR/2023

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 116 kWh

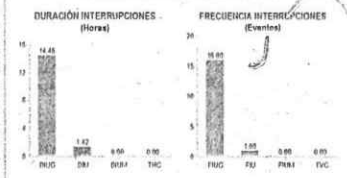
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 121 kWh

¡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:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 503 0753
RUTA LECTURA:	3000 5 03 508 0775
MANZANA DE LECTURA:	MS00564868
MEDIDOR NO:	4508600
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: APARTE1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Marzo/2023 Di: 210.62 CF: 126 MC: 0 MF: 1 %t: 15

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Apaga todas las luces de la casa que no estés usando.

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

2786

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023.	Rugby.	9-08-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Ana María Rocha Escobar

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?* 1015.412008

4. ¿Cuál es su número de celular? 316 5499176. 316 3549176.

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 72A # 71-81

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* ~~Ana~~ Pablo Correa Rocha

*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? 1014249444

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014249444

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ 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)? 3203148449

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * pablozs360@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

2987

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 72 A # 71-81

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.

S

¡Gracias por su tiempo!

2788

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 Ana María Rocha E. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1015412008 de Bogotá y domiciliado en el barrio Boyacá, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Rugby 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 09 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X, padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Ana María Rocha
C.C: 1015412008
Teléfono: 3165499176
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3166975716
Dirección: Kra 72A # 71-81

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Pablo Correa Rocha.
Número de identificación 1014249444

2989

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.249.444**
CORREA ROCHA

APELLIDOS
PABLO

NOMBRES

Pablo Correa

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-DIC-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-DIC-2029 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

25-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01064946-M-1014249444-20190304 0064735919A 1 1365320479

2790

6:28

olicaciones.adres.gov.co

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 IDENTIFICACION	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014249444
NOMBRES	PABLO
APELLIDOS	CORREA ROCHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	08/02/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/03/2023 18:26:09 **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

EPS

sura

2291

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **PABLO CORREA ROCHA** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIDAD** número **1014249444** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1014249444
NOMBRES Y APELLIDOS	PABLO CORREA ROCHA
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	08/02/2012
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	579
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **03/08/2023**

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

2792

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.

C

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Norian Stefanny Liendo Rodriguez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1233698193

4. ¿Cuál es su número de celular? 3212923538

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 121 # 69-38

7. ¿Cuál es su edad? * 33

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.*

Cuenta o
Referencia de pago: 61205422

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

2793

Cliente VICTOR MORENO
Direccion: KR 72A 71 0081 00101
Municipio: BOGOTA Sector BOYACA
Codigo Postal 000000 Lote: P11GN

Ruta: 00113800605580050000

Código Sector 176
Medidor No.:5087196-104077

1463

vanti listo

CUPO DISPONIBLE
$ 3.828.000

C1



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnocer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señalados en la política de financiación, 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.

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

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

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

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

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo 164

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

Síguenos como @grupovanti

CAPILLAS DE
LA FE
CORSERPARK

En convenio de recaudo con
vanti



Al cuidado de tu familia

Powered by CamScanner

2794

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.

M

¡Gracias por su tiempo!

2795

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 Norian Stefanny Ciendo R. mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1233698193 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio La Faena acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Rugby 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 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma:
Nombre: Norian Ciendo
C.C: 1233698193
Teléfono: 3212923538
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3104749752
Dirección: Cra 121 Nº 69-30 piso 2 La Faena.

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

2796

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.233.698.193**

LIENDO RODRIGUEZ

APELLIDOS

NORIAN STEFANNY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1990**

DISTRITO CAPITAL-LIBERTADOR
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

26-FEB-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01074954-F-1233698193-20190513 **00653**04798A 1 52040851

2792

capitalsalud
eps-s

CERTIFICA

Que la usuaria NORIAN STEFANNY LIENDO RODRIGUEZ con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1233698193 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 5224110, desde 30 de septiembre de 2019, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 7 de agosto de 2023a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES