3058

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

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

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Sua Rios.
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71B # 64 - 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Alejandra Jimenez B
Número de identificación 1.014.236.556

3059


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.236.556
JIMENEZ BUCURU

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.35 ESTATURA
O+ G.S RH
F SEXO
01-OCT-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00265386-F-1014236556-20101112 0024794279A 1 35713919

3060

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	1014236556
NOMBRES	ALEJANDRA
APELLIDOS	JIMENEZ BUCURU
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	07/10/2004	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:19:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

FACTURA POR 2 MES

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 3061
SAN JOAQUIN

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

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

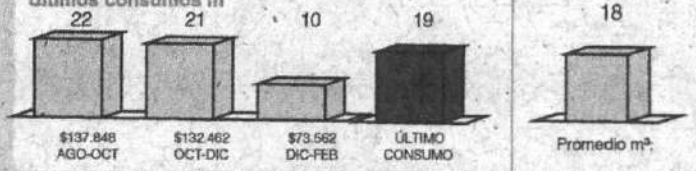
Fecha de pago oportuno **MAY/12/2023**

Fecha de suspensión **MAY/17/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ **$125.870**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO **$62.923**

CONSUMO DIA AGUA Y ALCANTARILLADO **$2.063**

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

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

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



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

3067

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto Adaptado	31 julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Jua Rios

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030679702

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103709352

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

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

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1053332344

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 20

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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? Carrera 71B #64c38

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3064

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 Sva Rios Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674702 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 Balancesto 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: Johana Rios
C.C.: 1030674702
Teléfono: 3203709252
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: carrera 71 B #64c3e

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Kevin Dayan Bernal Pachón
Número de identificación 1053322344

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

3065


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.053.322.344
BERNAL PACHON
FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-2003
CHIQUINQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
21-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-01277422-M-1053322344-20220124

30668

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1053322344
NOMBRES	KEVIN DAYAN
APELLIDOS	BERNAL PACHON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/08/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:45:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanea y paga tu factura

Datos del usuario

NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

3067
ENGATIVÁ
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**

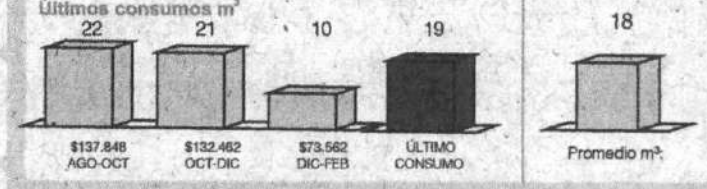
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

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-	$13.979,85	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

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

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



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

3068

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto adaptado	31 julio 23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Soa Rios

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadania ( ) Cédula de extranjeria ( ) 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? * fundacionterapeuticamikaus@gmail.com

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

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

(X) Cédula de 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)?* 1136 910055

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 35

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

30691

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 71 B # 64 C 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? _____

*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!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3070

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 Suarez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogotá y domiciliado en el barrio Paseo, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto 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 ( )*

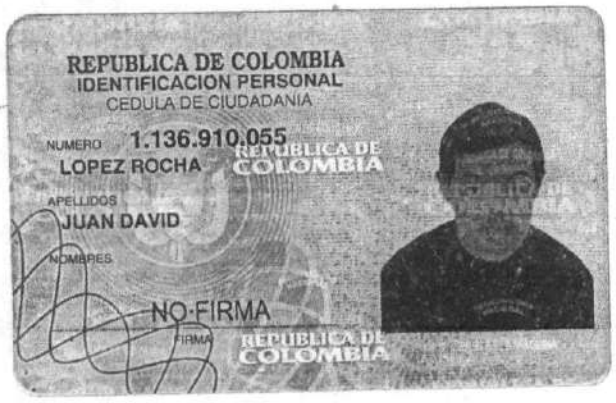
Se firma en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Johana Suarez
C.C.: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71B # 61C 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan David Lopez
Número de identificación 1136 910 655

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

3071


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.136.910.055
LOPEZ ROCHA
APELLIDOS
JUAN DAVID
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
13-MAY-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00107369-M-1136910055-20081022 0004689745A 1 9924998616

3092

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	1136910055
NOMBRES	JUAN DAVID
APELLIDOS	LOPEZ ROCHA
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
DESAFILIADO	CAFESALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2011	05/08/2012	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/02/2023 11:58:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Observaciones
Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente.

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

FACTURA POR 2 MES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanéa y paga tu factura

Datos del usuario
NELSON RAMIRO CAJAMARCA RODRIGUEZ
KR 71B 64C 38

3093
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

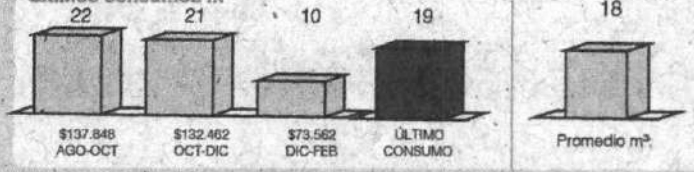
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

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	$11.615-		$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 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. Periodo 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 PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP

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

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



3074

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	Baloncesto Adaptado	31 - julio 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Jua Rios

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

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

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

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014300476

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 25

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3095

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!

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 71 B # 64 c 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? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3076

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 Jra identificado (a), con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 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 DEPORTIVA Baloncesto 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 Mio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador x
Nombre: Johana Sua Sr
C.C.: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71 B #64c 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan nicolas callejas
Número de identificación 1014 300 476

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

3077


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.300.476
CALLEJAS BARRERA
APELLIDOS
JUAN NICOLAS
NOMBRES
NICOS
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
06-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-00874786-M-1014300476-20161230 0052934190A 2 47421688

3078

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

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

3099

ENGATIVA
SAN JOAQUIN

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

ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

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

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

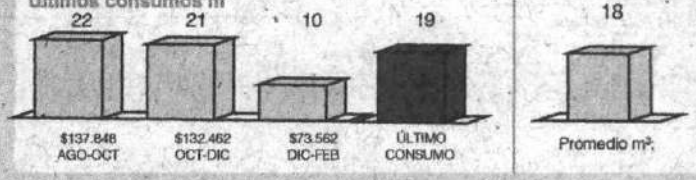
Fecha de pago oportuno MAY/12/2023

Fecha de suspensión MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO 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



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

3080

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto adaptado	31 julio 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Yohana 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?* 1030674702

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

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

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

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

(⊗) Si → 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)?* Carlos Augusto Gomez Tovar.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1019063651

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 32

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

3081

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 96 # 75A52.

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 Fundación ○ 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

3082

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 Suarez 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 Baloncesto 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 Bogota' a los 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsi Johana Suarez
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203709352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cra 46 # 75 A 52

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Carlos Augusto Gomez T.
Número de identificación 1019636571

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

3083

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

1.019.063.631

GOMEZ TOVAR

CARLOS AUGUSTO



Carlos Gomez



09-JUL-1981

BOGOTA D.C.
CUNDINAMARCA

1.64 O+ M



3084

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	1019063651
NOMBRES	CARLOS AUGUSTO
APELLIDOS	GOMEZ TOVAR
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." -CM	CONTRIBUTIVO	06/10/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/06/2023 19:20:10 **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 Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que

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

3085
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**

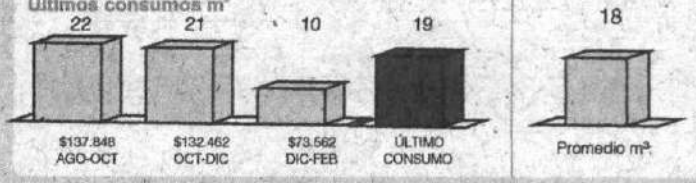
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

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-	$2.726,71	$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. Periodo 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 1-1100-1000-10 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



3086

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	Baloncesto Adaptado	31 julio 23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Sua Rios

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030674202

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71B #64-C38

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil (X) 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)?* 1016953 409

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 15.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3087

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 71 B # 6A C 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? _____

*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 Fundacion ◯ Ninguno

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3088

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 Silva Rios identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674702 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 Galarreto 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: Johana Jya
C.C: 1030674702
Teléfono: 3203704352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71 B # 64 c 28

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Mathias Gonzales
Número de identificación 1016453409

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

3089

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.016.953.404**
GARZON GONZALEZ

APELLIDOS
MATIAS

NOMBRES

Matias G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAR-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-MAR-2026 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00790112-M-1016953404-20160217 0048431415A 1 1363738182

309D

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	1016953404
NOMBRES	MATIAS
APELLIDOS	GARZON GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	TABIO

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	23/04/2010	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/06/2023 19:17:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

FACTURA POR 2 MESES

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

3091
ENGATIVA
SAN JOAQUIN

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

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

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

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$216.900**

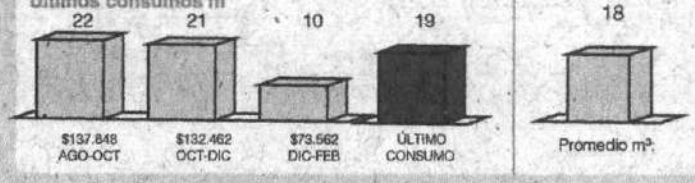
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

Fecha de suspensión: MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+)Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: **$0**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $82.923

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



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

3092

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto Adaptado	31 Julio - 23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsi Johana Jara Rios

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1030674702

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203709352

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 71 B # 64 C 32

7. ¿Cuál es su edad? * 26

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1017168442

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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?

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◉ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L.

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3094

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 Suarez Rios Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1030674202 de Bogotá y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto 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 Suarez Rios
C.C: 1030674202
Teléfono: 3203209352
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 71B #64c 38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Laura Juliana Beltran
Número de identificación 1017 682 442

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

3095



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-1071168442-20130823 0033576501A 1 39978159

3096

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**,

FACTURA POR 2 MI...

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
SAN JOAQUIN

3097

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

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22736

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 06015IB063604 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10123619**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14362147713**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$216.900

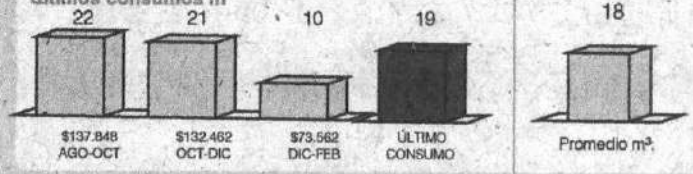
Fecha de pago oportuno: MAY/12/2023

Fecha de suspensión: MAY/17/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2090	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR:	2071		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
FEB/10/2023 - ABR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/29/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/04/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.446,65	$16.447	$2.467-	$13.979,65	$13.980
Consumo residencial básico	19	$3.210,25	$60.995	$9.149-	$2.728,71	$51.846
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$77.442	$11.616-		$65.826
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.817,45	$7.817	$1.172-	$6.644,84	$6.645
Consumo residencial básico	19	$3.304,98	$62.795	$9.420-	$2.809,24	$53.375
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$70.612	$10.592-		$60.020

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros ③				$24	

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

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

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $125.870

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $62.923

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.063

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

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

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



3098

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

Número de contrato: 490-2023 | Nombre de la escuela de formación en la que participa.: Baloncesto Adapt. | Fecha de la inscripción: 27/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María Alejandra Mendoza Calderon

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?* 1026593172

4. ¿Cuál es su número de celular? 3222498186

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * alejandra-mendoza16@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 110b bis #71c-15

7. ¿Cuál es su edad? * 25

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1016961174

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)? 3222498186

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * alejandra-mendoza16@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3099

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 110 b bis #71 c - 15

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ☒ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ☒ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ☒ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

10

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3109

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo María Alejandra Mendoza C. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1026593172 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Villas Gran. (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada 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 DC a los 27 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: María Alejandra Mendoza C.
C.C: 1026593172
Teléfono: 3227498186
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3177744290
Dirección: Kra 110B-Bis-71C-15

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: JUAN PABLO MORENO
Número de identificación 1016961174

3101

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.961.174
MORENO MENDOZA

APELLIDOS
JUAN PABLO

NOMBRES
Juan Pablo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
19-ENE-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
05-ABR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01226786-M-1016961174-20210406 0074030021A 1 8501829473

3102

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.026.593.172**
MENDOZA CALDERON
APELLIDOS
MARIA ALEJANDRA
NOMBRES

ALEJANDRA M
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1997**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

28-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01276323-F-1026593172-20220117 **0077**835349A 1 9918231383

3103

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 1016961174
NOMBRES Y APELLIDOS	Moreno Mendoza,Juan Pablo
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	29/01/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mendoza Martinez,Raul Alfredo, a los 29 días del mes de junio 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

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
JUAN	PABLO	MORENO	MENDOZA

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: 1016961174

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	2022	9	15

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

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	62.50
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	57.14
GLOBAL	53.27

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b167.2 b7652.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.178

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d310.3 d598.4

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LORENA CAROLINA SANABRIA GOMEZ	Fisioterapia	CC-1010195060
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonoaudiología	CC-52052655
NOHORA MILENA JEREZ GIRON	Medicina	CC-52902847

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JUAN PABLO MORENO MENDOZA* manifiesto que: *SI*

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

Acudiente: Gloria Calderon R.

Nombre y Firma

Documento: TI-1016961174

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



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 Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | EMERGENCIAS 115 Gratuita las 24 horas | DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com | DEFENSOR DEL CLIENTE https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-del-cliente.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efácil | Reval | Todo Red | Bancolombia | 4-72 | MOVIRED | punto red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel **

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:266.64 T: 46.53 D: 253.40 CV: 72.08 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00 / $730.62 Costo kWh Mes

Vigencia: MAY/2023

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 RESOLUCION CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2012.

"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 modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a 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: 05 JUL2023

GRUPO 1 CIRCUITO: BL14-522TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa CON FACTURACIÓN
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servi

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

0606940-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730282052-1

24901

CLIENTE

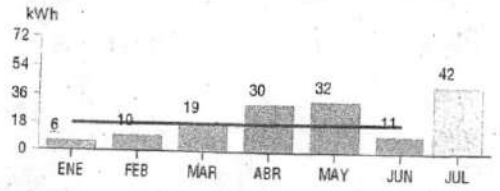
3105

ALVARO MORENO B
KR 110 B BIS NO 71 C - 15

BOGOTÁ, D.C.
VILLA AMALIA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 1.4 kWh

VALOR DIARIO: $555

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

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 42 kWh

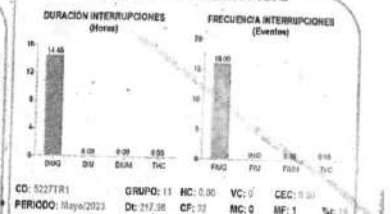
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 8 MESES: 18 kWh

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:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 506 0477
RUTA LECTURA:	3000 5 04 511 0552
MANZANA DE LECTURA:	MS00564829
MEDIDOR NO:	132520
MEDIDOR NO:	-

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 522TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 217.38 CF: 32 MC: 0 MF: 1 Tet: 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

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

3106

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
	Baloncesto Adaptado	03/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Luis Angel Barbosa gonzalez

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?* 19447032

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133882599

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Barbosagonzalez23@gmail.c.

6. ¿Cuál es su dirección? * carrera 101 #8390 int3 Apto 108

7. ¿Cuál es su edad? * 64 Años.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?*

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1013618280

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 33.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3133882599

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Barbosagonzalez23@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? Nada

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 101 # 83 90 int 3 Apt 108

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.

XL

¡Gracias por su tiempo!

3108

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Luis Angel Barbosa Gonzalez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 19447032 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bochica, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada 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 3 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Luis Angel Barbosa Gonzalez
C.C: 19447032
Teléfono: 3133882599
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 101 #83-90 Int 3 Apt 108
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Jonatan Humberto Castro Acevedo
Número de identificación 1013618280

3109



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1990**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00870659-M-1013618280-20161212 0052521067A 2 1294161843

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.618.280**
CASTRO ACEVEDO

APELLIDOS
JONATAN HUMBERTO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA

Scanned by TapScanner

3110

capitalsalud

CERTIFICA

Que el señor JONATAN HUMBERTOCASTRO ACEVEDO con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1013618280 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 4227995, desde 11 de marzo de 2014, con discapacidad MULTIPLE.

Se expide a los 18 dias del mes Agosto de 2022 a solicitud del interesado.

Informacion adicional en nuestra Linea de Atencion al Usuario
01 8000 122219

Cordialmente,

NOMBRE:OMAR FERNEY PRIETO LAMPREA
ANALISTA INTEGRAL CAPITAL SALUD
CAPITAL SALUD EPS-S

3111

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
JONATAN	HUMBERTO	CASTRO	ACEVEDO

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: 1013618280

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	2022	1	31

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	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	83.33
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	20.00
Participación	81.25
GLOBAL	58.89

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.278

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d598.4 d879.4

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
ROSA AYRETH TAVERA MANRIQUE	Fonoaudiología	CC-52068288	
ADRIANA ALEXANDRA PACHECO ESPINOSA	Medicina	CC-52415214	
SANDRA MILENA AYALA SUAREZ	Psicología	CC-52846574	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JONATAN HUMBERTO CASTRO ACEVEDO* manifiesto que: *SI*

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

Gloria Acevedo — 41781499

Nombre y Firma — Documento: CC-1013618280

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

2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario

FABIO ALBERTO BERNAL VIANCHA
KR 101 83 90 IN 3 AP 108

3112

ENGATIVA BOCHICA II

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

ZONA: 2 **CICLO: H2** **RUTA: H22301**

Datos del medidor

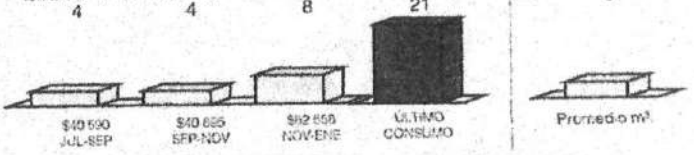
MARCA: ELSTER NÚMERO: A17FA233944 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	**10892161**
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	**38540372414**
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)	**$172.630**
Fecha de pago oportuno	**ABR/19/2023**
Fecha de suspensión	**ABR/24/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	184	CONSUMO (m³)	21
LECTURA ANTERIOR	163		
FACTURADO CON:	Alto Consumo	Descargue tuarifa aforo	0

Últimos consumos m³: 4, 4, 8, 21 — Promedio: 5



Periodo facturado
ENE/14/2023 - MAR/14/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN ABR/04/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUN/06/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Consumo	Cargo Valor Unitario	Cargo Valor Total	Subsidios y Aportes (+) Aportes	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.112,85	$16.113	$2.417-	$13.695,92	$13.696
Consumo residencial básico	21	$3.145,84	$66.083	$9.910-	$2.673,97	$56.159
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto			$82.196	$12.327-		$69.849
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.659,79	$7.659	$1.149-	$6.509,97	$6.510
Consumo residencial básico	21	$3.241,03	$69.074	$10.211-	$2.755,89	$57.863
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado			$75.733	$11.360-		$64.373

Otros Cobros	No.	Cuotas Facturadas	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$2-	
Intereses de mora			$20	
Subtotal Otros Cobros				$18

Otros conceptos que aquí figura	Valor Total
Total otros conceptos que aquí figura	**$0**

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

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS **$134.240**

CONSUMO MES **$67.111** CONSUMO PROMEDIO **$2.237**



En rápido y fácil:

1. Inscríbete a Factura Virtual en **www.acueducto.com.co**
2. Recibirás un mensaje de confirmación para acceder a tu descuento.
3. Redime tu descuento en **www.loteriadebogota.com**
4. Espera el **sorteo de la Lotería de Bogotá** y verifica si eres un afortunado ganador

* Durante la vigencia de la campaña, las compras siguientes a la primera tendrán un descuento del 10% en el valor de la fracción o billete.
* El descuento se aplica únicamente a compras por medio de la tienda.

MICRO FUTBOL

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

Cedula 3114.

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

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

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

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

4. ¿Cuál es su número de celular? 3175268431

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * NO REGISTRA

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

7. ¿Cuál es su edad? *

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

○ Cédula de 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)?* 1188213995

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)? 3175268431

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3115

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

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

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

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

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

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

. ¿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 victima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ○ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16

¡Gracias por su tiempo!

Fútbol 3116
3175268431

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Carmen Elisa Cruz Mesa Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52788484 de Bogotá. y domiciliado en el barrio Stu Helenita (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Fútbol. Adaptada __convencional ✓ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Carmen Elisa Cruz
C.C: 52788.484.
Teléfono: 3175268431
Teléfono de contacto en caso de emergencia: Wilson Tompio 3504937397.
Dirección: Cl 71 b. N. 80-24.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Daniel Esteban Tompio Cruz.
Número de identificación T.I. 1188213995.

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

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

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

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

3117

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.188.213.995

TORIFIO CRUZ

APELLIDOS

DANIEL ESTEBAN

NOMBRES

daniel Torifio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-2010

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

28-SEP-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

G S RH

M

SEXO

30-NOV-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00987127-M-1188213995-20180315 0060054320A 1 1364729109

3118

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

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

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

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

3120

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

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

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

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Cuenta / Referencia de pago:
60692680

Factura electrónica de venta: F15I76374248

Cliente: MARIA HELENA ACUNA

Dirección de servicio: CL 71B 80 0024 00002

Municipio: BOGOTA

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

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

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: 639128faf0aeb37071b36bf1adb556bd7000eb9f943838ba6f5c1b48dfd69fc048ae6c20fb30f0fa52e1979e2c4050ff

Componentes tarifarios: Gen: 1069.52 m: 732.84 Dm: 622.14 Cm: 2506.69 , Pt: 62.19 Cuftn: 3775.0 CUvm: 2506.69 Cvm: 0.0 Com: 0.0
Fpcm: 42.512 Mj/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 83 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 256.69 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

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

Pago Servicio apto $21.320 pag. -> 05-07-23

Subtotal 21.320,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 21.320,00

0,00

Total factura electrónica ① + ② 21.320,00

vanti

¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

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

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programatuRPO - 01 8000 942794

vanti

Más formas de avanzar

3121

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

Datos de medición para consumo de gas: Medidor N°: 5087196-55785

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

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

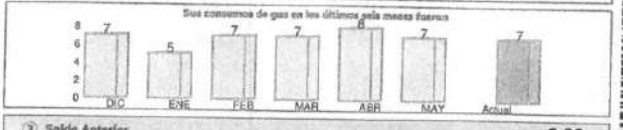
Periodo facturado: MAY-2023 JUN-2023

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

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

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

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 F' pv: 1.0



③ Saldo Anterior 0,00

④ Plan de Pago o Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ 21.320,00

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

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

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

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se incumpla en el pago de dos períodos consecutivos o no se permita el acceso al medidor o a la instalación en el momento de efectuar la visita para suspender el consumo, puede proceder el recurso de reposición ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acto de suspensión. Sobre el contenido de la presente factura ley 142 de 1994 y puede hacerse efectiva dentro de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)60692680(3900)000000000021320

C1

En convenio de recaudo con:

vanti

CAPILLAS DE LA FE

COORSERPARK

Con usted en los momentos difíciles

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

www.coorserpark.com

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

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

www.capillasdelafe.com

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

¡AFÍLIATE HOY!

*Más información al respaldo

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

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Claudia Cecilia Vaquan Nariño.

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52`319.234

4. ¿Cuál es su número de celular? 316 3038183

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

6. ¿Cuál es su dirección? * cll 63D Bis # 113-50

7. ¿Cuál es su edad? * 48.

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)?* Juan Felipe Jimenez Vaquán

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.013.024.155

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?* ⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? No tiene

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?* ○ Empleado(a) ○ Independiente ⊗ Estudiante ○ Vendedor informal ○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál?

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 63D Bis # 113-50.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? * ⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? * ⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar ○ Otro ¿Cuál?

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

3125

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 33. Zapato
Talla 10. Uniforme

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3126

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Claudia Vaquez Novoa. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.319.234 de Bogotá y domiciliado en el barrio Lourdes, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol Adaptada __convencional 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 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: Claudia Cecilia Vaquez Novoa
C.C: 52'319.234 Bogotá
Teléfono: 316 303 8183.
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: 310 8582391

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación Cll 63D 81S #113-50

3127

Liceo
Salomón Sabio
Formando en Valores
para Alcanzar la Excelencia Social

202



JUAN FELIPE
JIMÉNEZ VAQUEN
ID. 1013024155
RH: O+

SEGUNDO B

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.013.015.447
JIMENEZ VAQUEN

APELLIDOS
DAVID MATHEO

NOMBRES

Mathe Jimenez Vaquen

FIRMA



Liceo
Salomón Sabio
CRA 124 No.64C-03/05 TEL. 601 4929363 601 4317841

ESTE CARNET ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
ACREDITA AL TITULAR COMO MIEMBRO ACTIVO
DE LA INSTITUCION.

Judith E. Tamara G.
Firma Autorizada
BOGOTA D.C.

VENCE NOVIEMBRE 30 DE 2023



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-JUN-2030 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
18-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083488-M-1013015447-20190712 0065338901A 1 1825527929

Deporte: Futbol
Acudiente: Claudia Vaquen
Cel: 316 303 9193
Correo: claudiavaquen@hotmail.com
edad 11 años.

3128


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.319.234
VAQUEN NIVIAYO
APELLIDOS
CLAUDIA CECILIA
NOMBRES
Claudia Vaquen
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1974
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-FEB-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00649857-F-0052319234-20141202 0041614050A 1 1712868531

3129

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52319234, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
JUAN FELIPE JIMENEZ VAQUEN	TI - 1013024155	HI	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331
DAVID MATHEO JIMENEZ VAQUEN	TI - 1013015447	HI	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331
CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO	CC - 52319234	TR	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 27 días del mes de julio de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13033489

VIGILADO SuperSubsidio

AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA:

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

Datos del medidor
MARCA: WATERTECH NÚMERO: 11-1308053 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: 3/30

Cll 630 Bis # 113 - 50

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 10387097

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 16428137117

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): $56.568

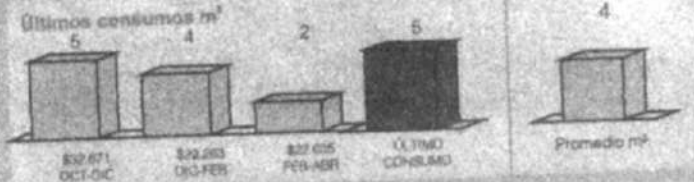
Fecha de pago oportuno: JUL/28/2023

Fecha de suspensión: AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	278	CONSUMO (m³)	5
LECTURA ANTERIOR:	273		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



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

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

Resumen de su cuenta

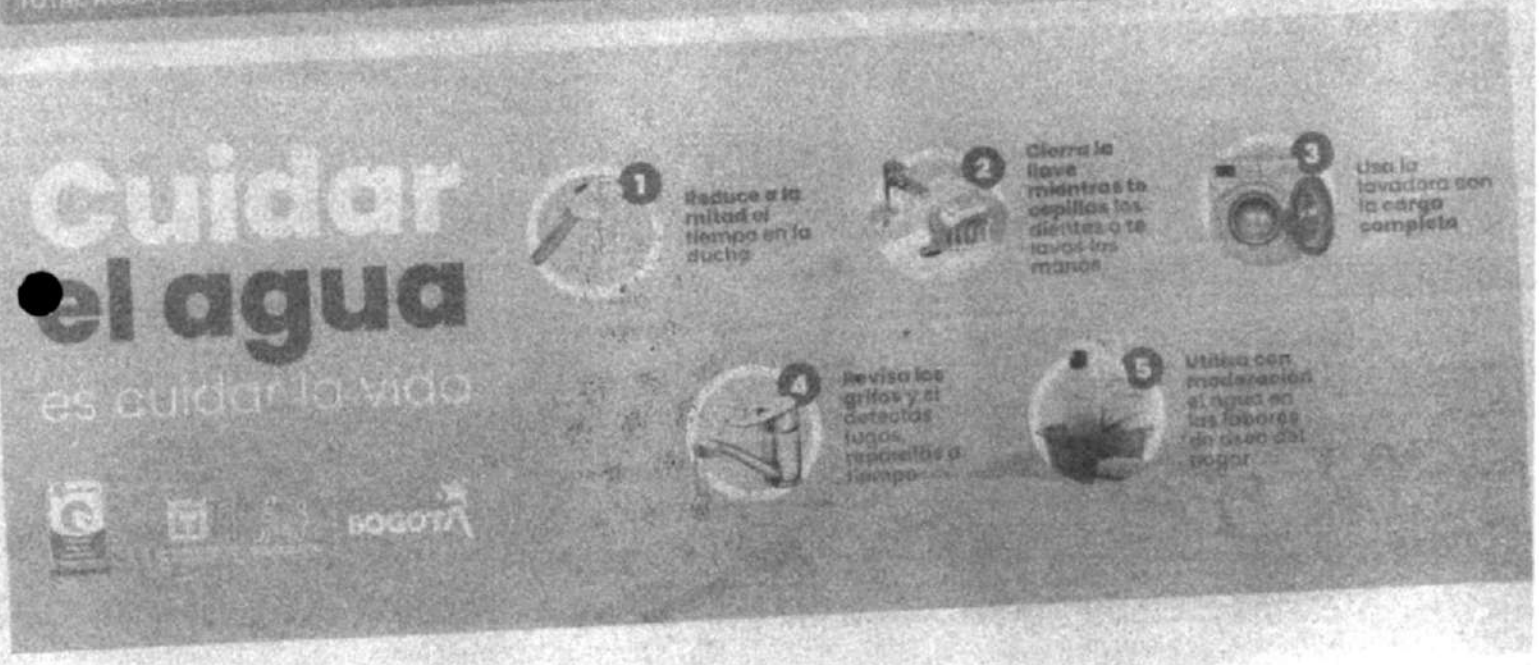
Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	Facturado a Aseo	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.977,60	$16.915	$6.766	$10.149,70	$10.149
Consumo residencial básico	5	$0.300,66	$10.503	$4.667	$1.980,33	$2.902
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$33.418	$12.367		$20.051
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.020,83	$8.040	$3.216	$4.825,90	$4.824
Consumo residencial básico	5	$3.396,17	$16.975	$6.790	$2.037,70	$10.186
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$25.015	$10.006		$15.010

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$1-	
Ben. Mín. Vital Total			$9.900-	
Interéses de mora			$20	
Subtotal Otros Cobros (3)			$9.883-	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual: $9.902-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1 + 2 + 3 + 4): $25.178 | CONSUMO M3: $17.531 | CONSUMO M3: $594



aseo

BOGOTA LIMPIA

901.144.843 -9

PARA CUALQUIER RECLAMO FAVOR ACERCARSE 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 **10387097**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **16428137117**

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

DATOS DEL USUARIO

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

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Tres CPT	Costo Variable No Aprovechables	Valor Base Aprovechamiento
24.451,34	17.056,69	135.710,70

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza	Limpieza Urbana	Recibido del Aprovechamiento	
0.0027	0.0012	0.0000	
Directamente Aprovechadas	0.0414	Residuos No Aprovechables Abrabpe - no Aliviales	0.0414

HISTORICO DE VISENCIAS COBRADAS

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

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$52.282	Interés de Mora	$26
Subsidio	$20.913-	Ajuste a la Decena	$5-
Subsidio	40%		
Aporte	60%		

Si cancela en cheques el servicio de aseo, girar cheques de gerencia a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 900.999.094.1

VALOR ASEO $ 31.390

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

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	$15,64	$27,73	$83
TASA RETRIBUTIVA	$51,32	$85,53	$257

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total Cobro de Terceros $0

OPERADOR BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

Actualmente la EAB ESP no tiene convenio de recaudo con los siguientes bancos: BBVA, Bancolombia, Pichincha, Falabella, Finandina, Bancamía, Credifinanciera, Coopersinú, Bancolda.

PSE · puntopay · tpaga · Daviplata

Punto de Pago

FACTURA DE COBRO No. 16428137117 - 10387097

Si cancela en cheques, 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 900.900.094.1

aseo

PERÍODO FACTURACIÓN	CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	CL 63D BIS 113 50

(415)7707200489996(8020)16428137171(3900)000000031390

TOTAL ASEO **$31.390**

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

Fecha de expedición: 13.07.2023

FACTURA DE COBRO No. **16428137117 - 10387097**

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.

PERÍODO FACTURACIÓN CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO

acueducto

3131

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	Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Claudia Cecilia Vaquén Nuñez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52. 319. 234

4. ¿Cuál es su número de celular? 3163038183

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Claudia.Vaquen@hotmail.com.co

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 63 D Bis # 113-50

7. ¿Cuál es su edad? * 48

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)?* David Mateo Jimenez Vaquen

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3132

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.013.015.447

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)? No tiene

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

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

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

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

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?* ○ Empleado(a) ○ Independiente ☒ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál?

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? cll 63D BIS # 113-50

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? * ☒ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? * ☒ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál?

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ 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.

Talla 16.

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3135

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 Claudio Vaquero N. Ochoa. mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52'319.234 de Bogotá y domiciliado en el barrio Laureles, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA patinaje 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 31 días del mes de Julio de 2023.

Firma: Claudio Vaquero
Nombre: Claudio Cesar Vaquero Ochoa.
C.C: 52'319.234
Teléfono: 316 3039183
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 310 8582391
Dirección: Cl 630 BIS # 113-50

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

3136

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO 1.013.024.155
JIMENEZ VAQUEN

APELLIDOS
JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan Felipe

FIRMA

Liceo Salomón Sabio
Formando en Valores para Alcanzar la Excelencia Social

202



LICEO SALOMÓN SABIO BOGOTÁ D.C.

DAVID MATHEO
JIMÉNEZ VAQUEN
ID. 1013015447
RH: O+

QUINTO

FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-AGO-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-SEP-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDRA VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01319878-M-1013024155-20220921 0086076296A 1 8505659465

Liceo
Salomón Sabio
CRA 124 No.64C-03/05 TEL. 601 4929363 601 4317841

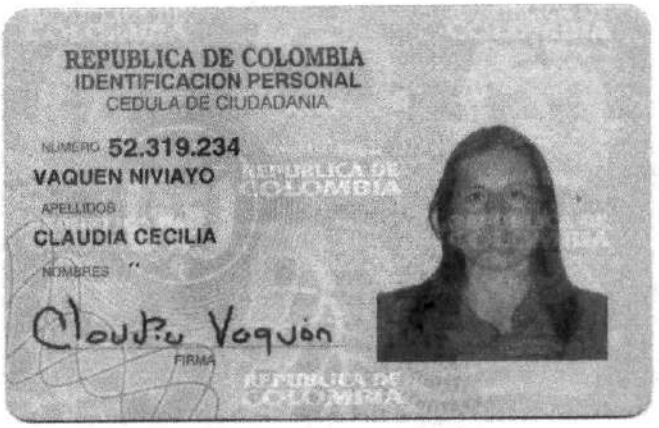
ESTE CARNET ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
ACREDITA AL TITULAR COMO MIEMBRO ACTIVO
DE LA INSTITUCION.

Judith E. Tamara G.
Firma Autorizada
SALOMÓN SABIO
BOGOTÁ D.C.

VENCE NOVIEMBRE 30 DE 2023

Deporte: Futbol
Acudiente: CLAUDIA VAQUEN
Cel 3163039103
Correo: Claudiavaquen@hotmail.com
edad. 7 años.

3137


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.319.234

VAQUEN NIVIAYO

APELLIDOS

CLAUDIA CECILIA

NOMBRES

Claudia Vaquén

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1974

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

19-FEB-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00649857-F-0052319234-20141202 0041614650A 1 1712868531

3132

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52319234, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
JUAN FELIPE JIMENEZ VAQUEN	TI - 1013024155	HI	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331
DAVID MATHEO JIMENEZ VAQUEN	TI - 1013015447	HI	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331
CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO	CC - 52319234	TR	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20230401 Hasta 20240331

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 27 días del mes de julio de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13033489

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Escanee y pague la factura

CL 63D BIS 113 50
CL 63D BIS # 113-50

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

3139

ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22096

Datos del medidor

MARCA: WATERTECH NÚMERO: 11-1306053 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: ½

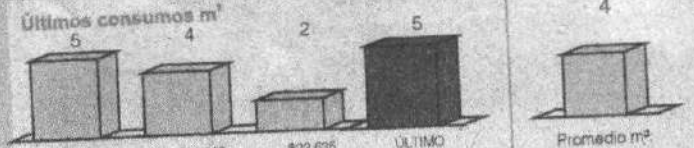
Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	10387097
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	16428137117
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)	$56.568
Fecha de pago oportuno	JUL/28/2023
Fecha de suspensión	AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	278	CONSUMO (m³)	5
LECTURA ANTERIOR:	273	Descargue fuente alterna	0
FACTURADO CON:	Consumo Normal		

Últimos consumos m³



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

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

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.914,50	$16.915	$6.766-	$10.148,70	$10.149
Consumo residencial básico	5	$3.300,65	$16.503	$6.601-	$1.980,39	$9.902
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$33.418	$13.367-		$20.051
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.039,83	$8.040	$3.216-	$4.823,90	$4.824
Consumo residencial básico	5	$3.395,17	$16.976	$6.790-	$2.037,10	$10.186
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$25.016	$10.006-		$15.010

Otros Cobros	No.	Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1-	
Ben. Mín. Vital Total				$9.902-	
Intereses de mora				$20	
Subtotal Otros Cobros (3)				$9.883-	

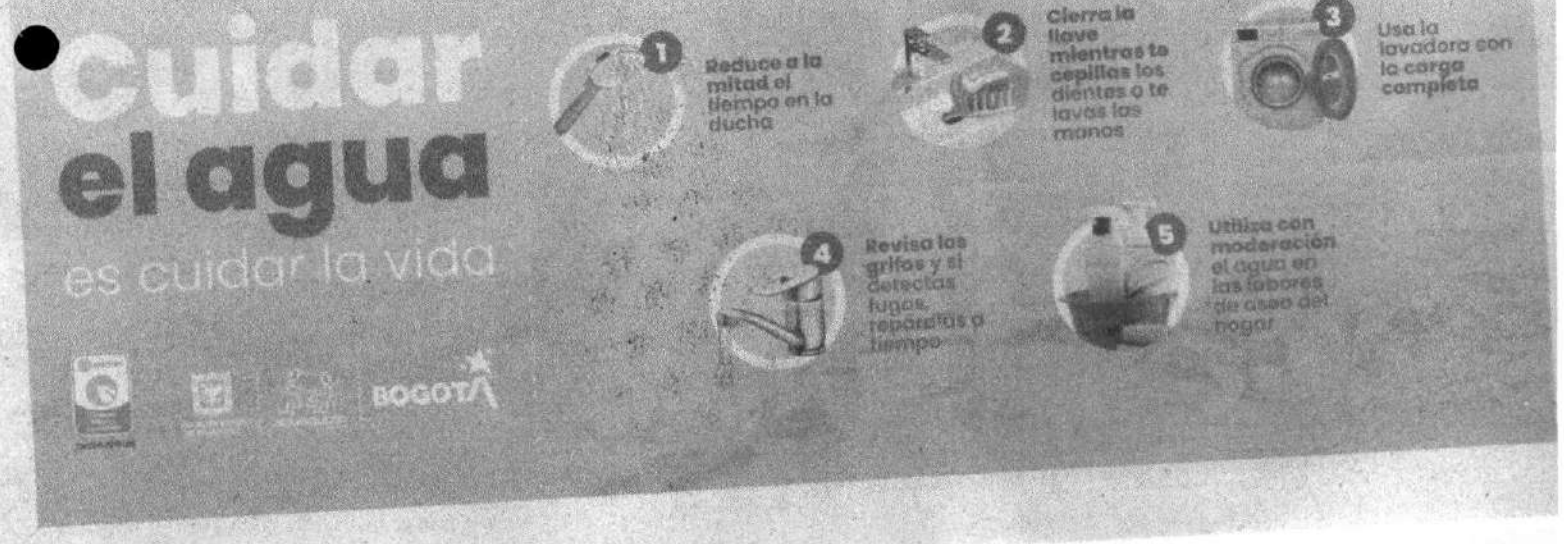
Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual	$9.902-
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4)	$25.178

CONSUMO MES $17.531 CONSUMO DÍA $594

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.058.812-8 13.07.2023



aseo

PRESTADOR: BOGOTA LIMPIA

NIT: 901.144.843 -9

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

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

BOGOTÁ

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10387097

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 16428137117

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

DATOS DEL USUARIO

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

COMPONENTES DE TARIFAS

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

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

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

HISTÓRICO DE VIGENCIAS COBRADAS

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

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

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

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

VALOR ASEO $ 31.390

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

(Ley 99 de 1.993)

El Acueducto traslada este recurso a la autoridad ambiental

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda)	$16,64	$27,73	$83
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	$51,32	$85,53	$257

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, Credifinanciera, Cooperativo, Bancoldex.

PAGOS POR APP, PSE Y COLLECTIVOS BOVEDA

PAGOS EN BANCOS, CORRESPONSALES BANCARIOS Y AUTOSERVICIOS

PAGOS ELECTRÓNICOS

CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS

CENTRO NUEVO

SUCURSALES BANCARIAS Y AUTOSERVICIOS

SUPERCADENAS

CAFES

ALMACENES

RECLAMOS 116 110

FACTURA DE COBRO No. 16428137117 - 10387097

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	CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	CL 63D BIS 113 50

(415)7707200489996(8020)164281371171(3900)000000031390

TOTAL ASEO $31.390

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 13.07.2023

FACTURA DE COBRO No 16428137117 - 10387097

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	CLAUDIA CECILIA VAQUEN NIVIAYO
ABR/27/2023 - JUN/24/2023	CL 63D BIS 113 50

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $25.178

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

3140

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	Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Katerine Vargas Parrales

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? 1023917462

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1023917462

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102429731

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * dkvp01@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cll 63d bis #113a-82

7. ¿Cuál es su edad? * 8

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 ( ) 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)?* Jhoan Esteban Torres Vargas

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

3141

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)?* 1150187837

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 8 años

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3102429731

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * dkvpo1@hotmail.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? Cll63dbis #1139 82

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.

12

¡Gracias por su tiempo!

3144

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Diana katerine Vargas Parrales Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1023917462 de _____ 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_____ 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 01 días del mes de agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor X cuidador__
Nombre: Diana katerine Vargas Parrales
C.C: 1023917462
Teléfono: 3102429731
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 63d bis # 113a-82
Jhoan Esteban Torres Vargas
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación T.I. 1150187839

3145

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.150.187.837**
TORRES VARGAS
APELLIDOS
JHOAN ESTEBAN
NOMBRES

Esteban Torres
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-MAR-2033 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
23-MAY-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01299782-M-1150187837-20220531 **00795**10833A 1 8504802824

Deporte: [illegible] (Futbol[illegible]).
Nombre Acudiente: Diana katherine Vargas.
Celular: 3102429731
Correo: dKVP01@hotmail.com.
edad: 8 años.

3146

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.917.462
VARGAS PARRALES
APELLIDOS
DIANA KATERINE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1992
ZETAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

07-JUL-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00252537-F-1023917462-20100826 0023609515A 1 35101980



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1992

ZETAQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-JUL-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00252537-F-1023917462-20100826 0023609515A 1 35101980

3147

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 IDENTIFICACIÓN	1150187837
NOMBRES	JHOAN ESTEBAN
APELLIDOS	TORRES VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/27/2023 18:12:31 **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

...ara la economía familiar y contribuye a disminuir los ...cambio climático.

...neficios sin necesidad de desplazarse a los puntos de

¡Ten pre...
Hay pe...
sup...

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

Redeban

Redeban

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P.

Medios de Pago

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

PSE — Botón PSE

Botón Bancolombia

...amea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancaoía · Banco Caja Social · Bancolombia* · BBVA* · Scotiabank Colpatria · Banco Falabella · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davivienda · Nequi

*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: **61895591**

3148

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: MISAEL SUAREZ — Ruta: 0011760012167005100
Direccion: CL 63D BIS 113A 0082 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: ENGATIVA — Código Sector 412
Codigo Postal: 000000 — Lote: P12GN — Medidor No.:5057101-420168

Redeban

CUPO DISPONIBLE
$ 3.480.000



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

10 primas*

que regalaremos por compras iguales o superiores a $2'000.000*.

Aprovecha el extracupo de **$800.000**

Usa tu cupo en nuestros aliados:

AO · HDPO · MINCA · Hero · Merpes · Exito · flamingo

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

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/, Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones 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

3149

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	Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * DORY YISEL RODRIGUEZ MARTINEZ

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? 39757631

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 39757631

4. ¿Cuál es su número de celular? 3153060673

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 63 D BIS # 113 A 50

7. ¿Cuál es su edad? * 52

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?* ( ) 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)?* LUCIANA YEHANDIA RODRIGUEZ

*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)?* 1013018767

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? No tiene → menor edad

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 63 D Bis # 143 A 50 LAURELES ENGATIVA

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

⊗ Si ¿Cuál? JUNTA DE ACCION COMUNAL ○ 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 10

¡Gracias por su tiempo!

3151

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 DORY YISEL RODRIGUEZ M Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39757631 de BOGOTA y domiciliado en el barrio LAURELES (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ FUTBOL Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__

Nombre: DORY ISEL RODRIGUEZ MARTINEZ

C.C: 39757631

Teléfono: 3153060673

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: CLL 63 D BIS 113 A 50

JOHANA YEHANNA RODRIGUEZ

Nombre del menor y/o persona con discapacidad:

Número de identificación 1.013.018.767

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 Dory Yisel Rodriguez M. mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39757631. de Bogota y domiciliado en el barrio laureles, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA futbol del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

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

Firma: Yisel Rodriguez.
Nombre: Dory Yisel Rodriguez M.
C.C: 79131781 - 39757631.
Teléfono: 3153060673.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3124838918.
Dirección: _____

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

3152



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

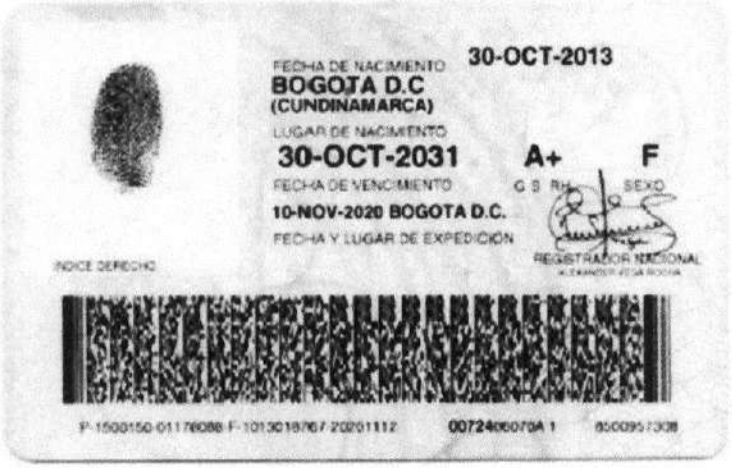
NÚMERO 1.013.018.767
VELANDIA RODRIGUEZ

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana Velandia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-OCT-2031 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

10-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Deporte: Futbol (natación)
Nombre Acudiente: Yisel Rodriguez.
Celular: 3153060603
Correo: yiyi.rodriguez@hotmail.com.
edad. 9 años.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.013.018.767
VELANDIA RODRIGUEZ

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana Velandia

FIRMA

3153

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39757631

RODRIGUEZ MARTINEZ
APELLIDOS

DORY YISEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1971
GENOVA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

02-AGO-1989 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1512700-39101972-F-0039757631-20020627 05573 02178O 02 110055820

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

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

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210309	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIA JOSE VELANDIA RODRIGUEZ	HI	1013012450	TI	20210413	No Registrada	Activo
LUCIANA VELANDIA RODRIGUEZ	HI	1013018767	TI	20210413	No Registrada	Activo
DORY YISEL RODRIGUEZ MARTINEZ	CP	39757631	CC	20210413	No Registrada	Activo

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

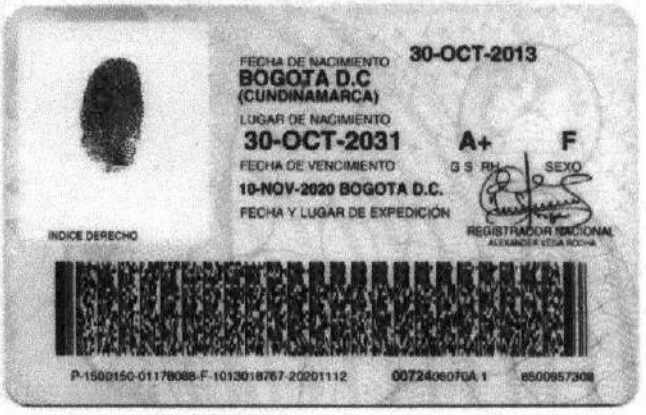
Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Supersubsidio


FECHA DE NACIMIENTO
30-OCT-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-OCT-2031
A+
F
FECHA DE VENCIMIENTO
G.S. RH
SEXO
10-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-01178088-F-1013018767-20201112
0072406070A 1
8500957308

3155

Cuenta / Referencia de pago:
62123738

Cliente: JUAN RICARDO VELANDIA

Dirección de servicio: CL 63D BIS 113A 0050 00001

Municipio: BOGOTA

CUFE: 7f31efb82a330c5d15392827d2033a339c3450d4dd8d949a5989161baa1457ba19118ac2d6fe7b2074a452860ec4b9c

Factura electrónica de venta F15I79065960

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/19 04:06:23

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/20 04:27:23

Forma de pago: Crédito 16 días

Componentes tarifarios: Gm: 1056.39/m³ 684.03 Gnr: 697.24 Cm: 0.0 Pr: 59.73 Cdis: 0.0 CUvm: 0.0 Cuc: 0.0 Cuv: 0.0
Tpcs: 42.438 Liquid. los consumos en M3 de gas aquí es: 177 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 116.269 DALIR: 0.0 DALNR: 0.0

1 Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZAE120	CONS. CON SUBSIDIO	M3	15.0	2.743,94	41.159,10	0,00	41.159,10
ZDS820	MENOS SUBSIDIO (50%)	UN	1.0	-20.579,55	-20.579,55	0,00	-20.579,55
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,45	0,45	0,00	0,45
6000051	ASISTENCIA GAS Y HOGAR GAS 2	UN	1.0	9.831,93	9.831,93	1.868,07	11.700,00

Subtotal 32.280,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal 30.411,93

IVA: 1.868,07

Total factura electrónica (1) + (2) 32.280,00

Somos grandes contribuyentes Resolución 012269 Diciembre 26/2002 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4059 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764021680-79 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR 2 11001000-5, VANTI S.A. ESP. NIT 890.207.813-5 - 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

Uso: Residencial Medidor Nº: 5007109-S08325

Estrato / Categoría: E2 Tarifa: R_E2

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 3299	2023-06-15	REAL	
Actual 3315	2023-07-15	REAL	

Periodo facturado: JUN 2023 JUL 2023

Volumen medido (Vmd: 19 Kpi: 0.76826 Kt: 1.00634 Pz: 0.77313 Volumen corregido (Vck: 15

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tmd: 13.74 Temperatura estándar (Tsd: 15.56

Presión estándar (Psd: 1.01006 Presión atmosférica (Psd: 0.759

Presión manométrica en medidor (Pmd: 0.023 F² pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron

3 Saldo Anterior	0,00

4 Plan de Pagos o Planes	Pagos	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

5 Recaudo de terceros	Detalle

Subtotal 0,00

Total a Pagar (1) + (3) + (4) + (5) **32.280,00**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
30/09/2025	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: $0,500

CuVa $ 2417.38

Si suspendiera el servicio por falta de pago y usted se siguiera en uso de él, podrá ser impedido el acceso al inmueble o a la instalación interna impedido el acceso al inmueble o a la instalación interna, además procurar el retiro y de obstáculos de servicios públicos domiciliarios de gas combustible, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Para el restablecimiento del suministro, deberán subsanarse el incumplimiento de las causas que dieron lugar a la suspensión, además de los costos en que incurra la empresa para el restablecimiento del servicio. Si tiene cuenta de cobro contenida en la presente factura de la ley 142 de 1994 y puede reclamar los intereses de deferencia a la fecha señalada para el pago oportuno.
Más información en las líneas de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)62123738(3900)0000000032280

C1

37679

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

Cedula 3156

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Emilce Castillo Avellaneda

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?* 52559539

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133203471

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * NO REGISTRA

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 69 G #68 - 71

7. ¿Cuál es su edad? *

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) 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)?* Michael Esteban Aparicio Castillo

*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)?* 1141720180

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)? 3133203471

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3159

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 69 6 # 68-71

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?*

○ 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.

14

¡Gracias por su tiempo!

3133203471
Futbol

358

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

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

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Emilce Castillo A.
C.C: 52559539 Bta
Teléfono: 3133203471
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Kra 69 G #68-71
Daniel Felipe Aparicio Castillo
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141720180

Cedula

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

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo Emilce Castillo Avellaneda mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52559539 de Bogotá y domiciliado en el barrio Estrada, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Futbol 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 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma: Emilce Castillo A
Nombre: Emilce Castillo A.
C.C: 52559539 Bta
Teléfono: 3133203471
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3133223717 -
Dirección: Kra

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

3159

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.720.180**

APARICIO CASTILLO

APELLIDOS

MICHAEL ESTEBAN

NOMBRES

Michael E. Aparicio C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-JUL-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01027679-M-1141720180-20180729 0062090477A 1 1635062834

3160

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIEL FELIPE APARICIO CASTILLO identificado(a) con TI. 1141723010 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2015/07/02**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 25 días del mes de 07 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.

3161

3646

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
JUAN DE J HEREDIA
KR 69G 68 71

ENGATIVA
LA ESTRADA

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

ZONA: 2 **CICLO:** T2 **RUTA:** T22742

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13771127 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10054954**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **42568959912**

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

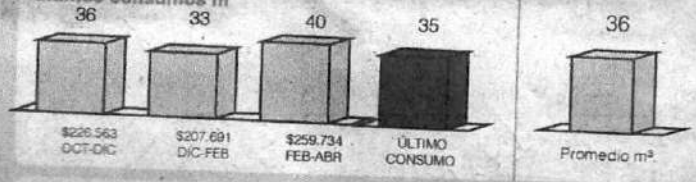
Fecha de pago oportuno **JUL/11/2023**

Fecha de suspensión **JUL/14/2023**

Datos del consumo

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

Últimos consumos m³



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

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	¡Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$18.764,85	$18.765	$2.515-	$14.250,12	$14.250
Consumo residencial básico	22	$3.271,69	$71.977	$10.796-	$2.760,94	$61.181
Consumo residencial superior a básico	13	$3.271,69	$42.532	$0	$3.271,69	$42.532
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$131.274	$13.311-		$117.963
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.968,70	$7.969	$1.196-	$6.773,40	$6.773
Consumo residencial básico	22	$3.365,90	$74.050	$11.108-	$2.861,01	$62.942
Consumo residencial superior a básico	13	$3.365,90	$43.757	$0	$3.365,92	$43.757
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$125.776	$12.304-		$113.472

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

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

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

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

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO **$115.718**

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO **$3.923**

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

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

¡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-alcalde



3162

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

Cedula

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Emilce Castillo Avellaneda

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.559.539

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133203471

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * NO TIENE

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 69 G # 68 - 71

7. ¿Cuál es su edad? * 8

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

(X) Cédula de ciudadanía ( ) Registro civil (X) 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)?* 1141923010

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3133203471

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

*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? Cra 69 6#6871

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

3133203471
Futbol

3164

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

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

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Emilce Castillo Avellaneda
C.C: 52559539 Bto
Teléfono: 3133203471
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3133223717 - Hely Aparicio - Papá
Dirección: Kra 69G # 68-71
Michael Esteban Aparicio Castillo
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141720180

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

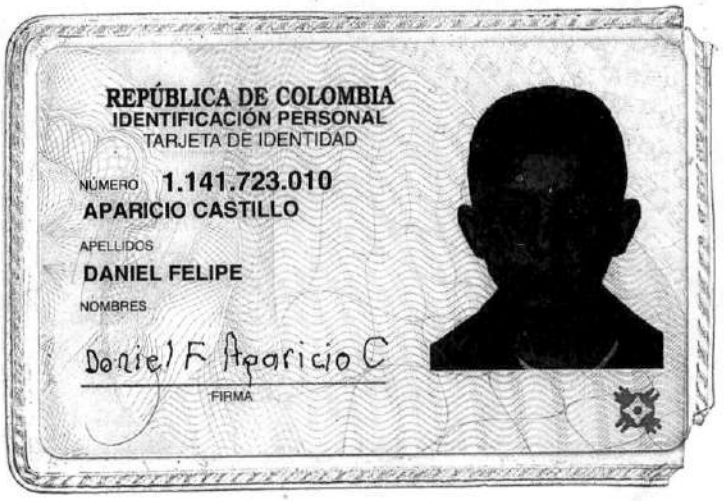
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

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

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

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

316T



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.723.010
APARICIO CASTILLO
APELLIDOS
DANIEL FELIPE
NOMBRES

Daniel F Aparicio C
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-JUL-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
09-AGO-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01314159-M-1141723010-20220811 0080449386A 1 B505360893

3166

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MICHAEL ESTEBAN APARICIO CASTILLO identificado(a) con TI. 1141720180 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**2011/08/23**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 19 días del mes de 07 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.

2161

36

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
JUAN DE J HEREDIA
KR 69G 68 71
ENGATIVA
LA ESTRADA

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

ZONA: 2 CICLO: T2 RUTA: T22742

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13771127 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10054954**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **42568959912**

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

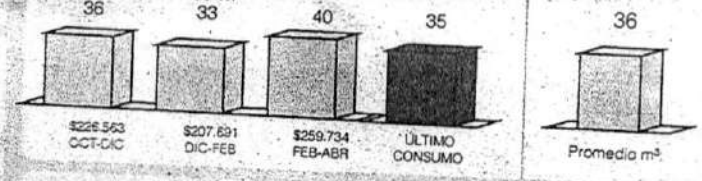
Fecha de pago oportuno JUL/11/2023

Fecha de suspensión JUL/14/2023

Datos del consumo

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

Últimos consumos m³



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

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

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

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

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual $0

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

CONSUMO MES (AGUA, ALCANTARILLADO) $115.718 CONSUMO DÍA (AGUA, ALCANTARILLADO) $3.923

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

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN

¡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



3168

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	Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * FLOR ALBA CASTAÑO MARTINEZ

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?* 41768.831

4. ¿Cuál es su número de celular? 3172869800

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * luxam@outlook.com

6. ¿Cuál es su dirección? * TRANSV. 112 BBIS A 65 A 34

7. ¿Cuál es su edad? * 64

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.026013.532

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)? 3108743770 - 3172869800

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

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? TRANSV. 112 B BIS A # 65 A 34

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3170

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.

Camisa XL
Pantalon. 5 (Talla 32)
zapatos: 42

¡Gracias por su tiempo!

3A1

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 FLOR ALBA CASTAÑO M Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 41.768.831 de CIENAGA QUINDIO y domiciliado en el barrio VILLA CLAUDIA Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ PATINAJE . Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: FLOR ALBA CASTAÑO M
C.C: 41768831
Teléfono: 317-2869800
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: TRANSV 112 B BIS A #65 A 34
ANDRES FELIPE CASTAÑO MARTINEZ
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1016013532

3172

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.013.532**

CASTAÑO MARTINEZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-2006**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-NOV-2024 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

17-ENE-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01046805-M-1016013532-20181123 **0063**266066A 1 9906628400

Deporte: Futbol

Acudiente: Flor Alba Castaño Martinez.

Celular:

Correo: yiyi.rodriguez@hotmail.com.

edad: 17 años

3173

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.768.831**

CASTAÑO MARTINEZ

APELLIDOS

FLOR ALBA

NOMBRES

Flor alba castaño martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-1958**

GENOVA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01027913-F-0041768831-20180730 0062099459A 1 9905127812

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

3174

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	1016013532
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	CASTAÑO MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/06/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/01/2023 09:56:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.


IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Eficiencia energética

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

Oficina Virtual

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

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

MUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:

- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura

Comunícate con nosotros:

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

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

Medios de Pago

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en las entidades

Redeban · Credibanco · Visa · Banco Caja Social · Bancolombia · Banco GNB Sudameris · Davivienda · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco AV Villas · Davivienda · Daviplata · Bancolombia a la mano · Nequi · Rappi pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

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

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

Cuenta o Referencia de pago: **61528800**

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

Cliente: MARIA INES MARTINEZ — Ruta: 00116703734500050l0
Direccion: TV 112B BIS A 65A 0034 01 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: VILLA DORADO — Código Sector 366
Codigo Postal: 000000 — Lote: P14GN — Medidor No.:5037199-73758

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE $ 3.480.000



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

Cuenta / Referencia de pago
61528800

Factura electrónica de venta F15I79377339

Cliente: MARIA INES MARTINEZ

Dirección de servicio: TV 1128 BIS A 65A 0094 01 00001

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/22 03:24:59

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/24 00:14:22

Forma de pago: Crédito 17 días

CUFE: 2afb835f98641f017fd1b6f05fcb2811edaddfe58180d7f50ac44275f503d3a7dd3c7482a52a6a8fb23329d7d4e10a8c

Componentes tarifarios Gen: 1056.38 Trans: 694.03 Dist: 907.34 Cm: 0.0 Cl: 59.73 Calm: 0.0 CUnm: 0.0 Cvm: 0.0 Cspt: 0.0
Tpm: 42.458 Mpm3 Su cantidad en M3 de gas equivale a: 153 Aseb: y al precio aplicado de Kwh in: 116.573 DAUN: 0.0 DAUNR: 0.0

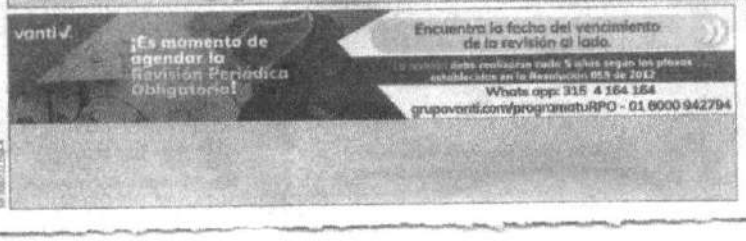
Código	Conceptos de cantidad	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZAE120	CONS. CON SUBSIDIO	M3	13,0	2.743,94	35.671,22	0,00	35.671,22
ZDSR05	MENOS SUBSIDIO (50%)	UN	1,0	-17.835,61	-17.835,61	0,00	-17.835,61
ZDSCEMAA	AJUSTE DECENA	UN	1,0	4,39	4,39	0,00	4,39
5800049	ASISTENCIA GAS Y HOGAR SERVIHOGAR	UN	1,0	10.378,15	10.378,15	1.971,85	12.350,00

Subtotal 30.190,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2	Subtotal 28.218,15
IVAs	1.971,85
Total factura electrónica (1 - 2)	30.190,00



vanti
Más formas de avanzar

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

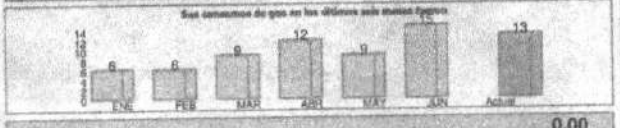
Datos de medición para consumo de gas: Medidor Nº: 5037189-73758
Uso: Residencial Estrato / Categoría: E2 Tarifa: R_E2

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 3	2023-06-19	REAL	
Actual 20	2023-07-19	REAL	

Periodo facturado: JUN 2023 JUL 2023

Volumen medido (Vm): 17 Kp: 0.76665 Kt: 1.90665 Pb: 0.77360 Volumen corregido (Vc): 13
Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.68 Temperatura estándar (Te): 15.56
Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.753
Presión manométrica en medidor (Pm): 0.0234 Fz gn: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



3 Saldo Anterior	0,00

4 Plan de Pago o Pignos — Pagos Cuotas Intereses Capital

Subtotal 0,00

5 Recaudo de terceros — Tasa

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ **30.190,00**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
30/09/2025	09/08/2023	08/08/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60.500

CuVa $ 2417.38

Si no entiende el recibo, no pague. Reclame en el momento de pago y cuando se requiera, en caso de que se le haya cobrado de más. Tiene derecho a la petición interna y de consultas, de quejas y reclamos, puede presentar el recurso de reposición, ante la empresa y apelar ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Consulte en la página web de la empresa www.grupovanti.com los requisitos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de esta antes de la fecha señalada para el pago oportuno.
Más información en los Puntos de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)61528800(3900)0000000000030190

62038

Somos grandes contribuyentes Resolución No. 0489 del 17 de 1998 Autorretenedor de Renta Resolución No. 0489 del 17 de 1998 Autorretenedor de Facturación No. Formulario: 18764001165578 del 13/07/2023. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 48 meses
ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor Fiscal Ernst Y Young Audit S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994
Firmas: Numeración 0-0 de 000121 134-4

3176

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	Microfutbol	26 de Julio

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

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 39'763.608

4. ¿Cuál es su número de celular? 3228148691 / 312 785 64 68

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll. 63 D bis # 113 A 50

7. ¿Cuál es su edad? * 13

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

- [ ] Persona con discapacidad
- [ ] Adulto(a) Mayor
- [ ] Niño/a
- [ ] 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 [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)?* Andrés Mateo Arcila Sepulveda.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1'012 921.300

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 regìstro? _____ ⊗ 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)? 3212672000
3228148691

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ☒ Otro ¿Cuál? No esta estudiando por "ND" tener cupo, en proceso

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll. 63 D bis # 113 A 50

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted? ○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? * ○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar ⊗ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

Pantalón → 30/32 (30)
Saco/Blusa → M/L (M).

¡Gracias por su tiempo!

HELGA ROCIO ROJAS P. 3228148691

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

3198

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 Helga Rocio Rojas Pinzón Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39763.608 de Bogotá y domiciliado en el barrio Laureles, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natación Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en 01 a los 1 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador X

Nombre:
C.C: 39763.608
Teléfono: 3228148691.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3102113513.
Dirección: Cll. 63 D bis # 113 A-50
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Andrés Mateo Arcila Sepulveda
Número de identificación 1'012.921.300

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 Helga Rocio Rojas Pinzon mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39.763.608 de Bogotá y domiciliado en el barrio Naciles, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Natación del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

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

Firma: _____
Nombre: Rocio Rojas Pinzon
C.C: 39.763.608
Teléfono: 3102113513
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: Cll 63D Bis # 113A-50.

3179

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.012.921.300**

ARCILA SEPULVEDA

APELLIDOS

ANDRES MATEO

NOMBRES

Andres Mateo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-JUL-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

M SEXO

02-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00964853-M-1012921300-20171229 0058973568A 1 1714643724

Deporte: Futbol
Acudiente: Rocio Rojas
Celular: 3102113513.
edad. 13 años.

3180

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.763.608**

ROJAS PINZON

APELLIDOS

HELGA ROCIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1973**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

02-ABR-1992 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00269151-F-0039763608-20101203 **00251**10001A 1 35711788

3181

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	1012921300
NOMBRES	ANDRES MATEO
APELLIDOS	ARCILA SEPULVEDA
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
RETIRADO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2019	30/04/2023	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/30/2023 13:34:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

3182

1 Total Energía $57,910 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $57,910

PAGO OPORTUNO 13 JUL/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 17 JUL/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 0813320-5

PRÓXIMA LECTURA DE LECTURA 01 AGO/2023

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

	Lectura Actual		Lectura Anterior	Factor		Valor kWh	
ENERGÍA	40915	-	40779	= 136	x $792.95		$107,842
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X		Valor kWh $792.9528	X Beneficio -50.00%			$-51,542
						SUBTOTAL:	$56,300

ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,877 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

CONSUMO DIFERIDO EMERGENCIA COVID	$992
CONSUMO NO SUBSIDIADO DIFERIDO COVID	$595
INTERES CONSUMO NO SUBSIDIADO DIFERIDO	$8
INTERES POR MORA (RES.6-- NORE:44,04- E	$19
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-2
SUBTOTAL:	$1,610

1 TOTAL ENERGÍA $57,910

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Tan 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 cobro por concepto de reconexión es hasta de $85.356

La información 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 realice reporte negativo a las fuentes de información Financiera y cobro por gastos de cobranza.

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $396.4764 KWh



PAGO OPORTUNO 13 JUL/2023

TOTAL A PAGAR $57,910

(415)7707209914253(8020)0108133205730477152 8(3900)0000000057910

NÚMERO DE CLIENTE 0813320-5

Factura de Servicios Públicos No. 7304771528

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

1. A través de nuestra línea telefónica 601 5 115 115, canales digitales o centros de cobro.
2. Si no se resuelve, ingresa a la página web en la sección del Defensor del Cliente.
3. Escríbenos a defensor@enel.com o denuncias@enel.com.
4. Trabajaremos en una solución para tu solicitud.

Contáctanos

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

CANALES DE SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | PERSONAS 115 desde tu celular | EMPRESAS 601 5 594 594 | DEFENSOR DEL CLIENTE

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billeteras Virtuales: MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, RED CADE, enel**, MOVIRED, puntored

Red Exitos: Almacenes de Cadena

Centros de Servicio

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos clientes de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página de internet para ver paso a paso toda la información. Te recordamos que el pago de la factura de energía en el SUPERTIENDAS Ara, SUPERMERCADOS Ekono y CADE Soluciones.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:260.64 T: 40.53 D: 283.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 38.16 CP: 0.00	/ $790,62 Costo kWh Mes	792,98 Costo kWh Mes

ACTIVANDO ECONOMÍA SOLIDARIA: Contribución de Energía Solidaria Tarifa $1.84 por mes. Somos subsidiantes según Resolución (s): 1947 de 29 de enero de 2020. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO REGULACIÓN CREG 015 DE 1995:

Sobre la aplicación de la Sanción Social al 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 Línea de Bogotá o al 018 000 915 115 o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operado por Enel. ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos agentes autorretenedores según resolución No 038554 de 26 de noviembre de 2007.

Tenemos el acto de suspensión pudiendo el usuario ser reclamado y en ejercicio de oportunidad, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la suspensión del servicio.

Esta factura no cobra precio de la energía de conformidad con el Artículo 137 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2011, le cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, solicitantes y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarla en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá y (1) 4380 947 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, solicitantes y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarla en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea de Bogotá y (1) 4380 947 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 06 JUL 2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, ten en cuenta que el establecimiento que emite el comprobante de pago, es solo 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 99 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0813320-5

PAPEL ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730477152-8

25246

CLIENTE

DORY YISEL RODRIGUEZ M
CL 63 D BIS NO 113 A - 50
ENGATIVA
BOGOTÁ, D.C.
VILLA GLADYS

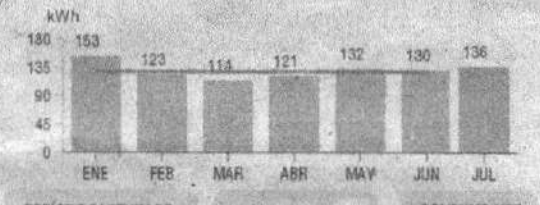
¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

25246

(11439)

29/15 - Page 1 of 2

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $792.95

CONSUMO DIARIO: 4.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,077

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 129 kWh

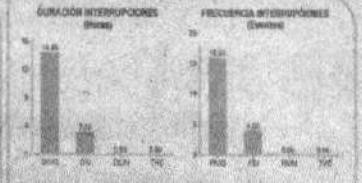
PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
31 MAY/2023 A 30 JUN/2023	30	135 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de tu historial.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 05 505 2419
RUTA LECTURA:	3000 5 05 514 0697
MANZANA DE LECTURA:	MS00563796
MEDIDOR NO:	6007165
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CSC:
PERÍODO: Del CP: NC: 0 NP: 1

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

ZONA PRIVADA DE LA PAGINA WEB

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

3183

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	Microfutbol	26 de Julio

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

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? 3

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 39'763.608

4. ¿Cuál es su número de celular? 3228148691

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll. 63 D bis #113 A 50

7. ¿Cuál es su edad? * 50

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

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor ( ) Niño/a ( ) Joven (X) 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)?* Thomas Camilo Garcia Rojas

*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)?* 1019.999.216

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ☒ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3209342378

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * thomascamilogarcia43@gmail.com
rojaspinzonroco@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll. 63 D bis # 113 A 50

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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.

Pantalón: → 30
Saco/Blusa → M.

¡Gracias por su tiempo!

HELGA ROCIO ROJAS PINZÓN
CEL: 3228148691

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

3185

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 Helga Rocio Rojas Pinzón Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 39'763.608 de Bogotá y domiciliado en el barrio Arcales, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

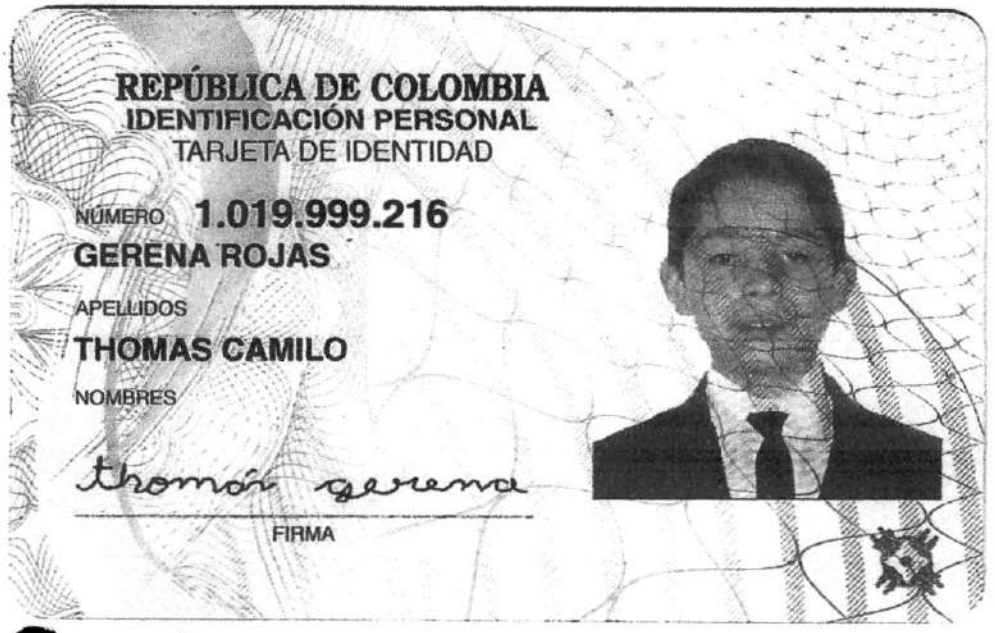
Se firma en Bogota a los 01 días del mes de Agosto. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Helga Rocio Rojas Pinzón.
C.C: 39'763.608
Teléfono: 3228148691
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3102113513
Dirección: Calle 63 D bis # 113 A-50

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Thómas Camilo Garcia Rojas
Número de identificación 1019999216

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

3186



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.019.999.216
GERENA ROJAS
APELLIDOS
THOMAS CAMILO
NOMBRES

thomas gerena
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-JUL-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
10-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00933345-M-1019999216-20170822 0057127032A 3 1624567371

Deporte: futbol :)
Acudiente: Rocio Rojas
Celular: 3107m 3513
Edad: 13 años.

3187

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.763.608**

ROJAS PINZON

APELLIDOS

HELGA ROCIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1973**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-ABR-1992 FONTIBON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00269151-F-0039763608-20101203 **0025**110001A 1 35711788

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

3188

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	1019999216
NOMBRES	THOMAS CAMILO
APELLIDOS	GERENA ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	05/07/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/30/2023 13:50:09	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

3189

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

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

pse

Escaneá para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Banco Popular · BBVA · Banco Pichincha

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 cancelo con cheque este debe ser de persona y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Cuenta o Referencia de pago: **62123738**

vanti

Vanti S.A. ES

Cliente: JUAN RICARDO VELANDIA
Direccion: CL 53D BIS 113A 0050-00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Sector: ENGATIVA
Lote: P12GN
Ruta: 001176901235500000
Código Sector 412
Medidor No: 5007109-538325

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://vanti.lista.com/relaboraciones/. 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, consultalo en vantilistos.com/politicadefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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 941 784

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 092

24 horas Móvil y fijo **164**

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

3190

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	Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Lida Poloche Aroca

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.240.124

4. ¿Cuál es su número de celular? 314 2287294

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * NO REGISTRA

6. ¿Cuál es su dirección? * CRA 117A #630 - 50

7. ¿Cuál es su edad? * 46

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1016958774

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3142287294

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3191

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 117 A 63D - 60

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ○ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3192

* Futbol
3142287294

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 Lida Poloche Aroca Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52240124 de Bogota y domiciliado en el barrio Villamos Condo (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Futbol Adaptada __convencional ✓ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (✓) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X**padre**__, **tutor**__ **cuidador**__
Nombre: Lida Poloche Aroca
C.C: 52240124
Teléfono: 3142287294
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cra 117A 63D 60
Juan Pablo Ariza Poloche.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1076958774.

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

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

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

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

3193

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.958.774
ARIZA POLOCHE

APELLIDOS
JUAN PABLO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-2011
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
31-OCT-2029 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-NOV-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01046805-M-1016958774-20181123 0063266159A 1 1625224231

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.240.124
NUMERO

POLOCHE AROCA
APELLIDOS

LIDA
NOMBRES

Lida Poloche Aroca
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1976
COYAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500119-42113976-F-0052240124-20030804 01613 03216O 01 142922566

3195

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	1016958774
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	ARIZA POLOCHE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	28/11/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/26/2023 09:42:56	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

ahorro para la economía familiar y contribuy[illegible]minuir los
uso del cambio climático.

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



*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

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

pse — Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

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

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

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

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

CANALES DE ATENCIÓN 24 HORAS

Línea nacional gratuita desde celular
#523 — OPCIÓN. 1

Call Center, Bogotá
601 317 5670 — OPCIÓN. 1

Línea de atención 24 horas, Bogotá
601 345 0188

Línea nacional gratuita desde fijo
01 8000 115233 — OPCIÓN. 1

Bogotá - Colombia
Cr. 11 # 69 - 11

¡AFÍLIATE HOY!

3196

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

Cuenta o Referencia de pago: 61743698

Cliente: LIDA LEGUIZAMON — Ruta: 0011760020750005010
Direccion: KR 117A 63D 0060 01 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: ENGATIVA — Código Sector 412
Codigo Postal: 000000 — Lote: P12GN — Medidor No.:5057101-175949

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE $ 3.480.000



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consúltala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

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 cuidar de tu familia
siempre ganas
Afíliales a
PREVISIÓN EXEQUIAL



3197

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 - Microfutbol	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Mayerly Andrea Romero Calderon

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1098616750

4. ¿Cuál es su número de celular? 3224039708

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 65A # 73A-53

7. ¿Cuál es su edad? * 37

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

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

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

(Y) 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 (Y) 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)?* Joseph Sebastian Rocha Romero

*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)?* 1016955854

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)? 3224039708

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3198

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.

S

¡Gracias por su tiempo!

TEL 3224039708.
Andrea Romero.
Fotbol - 14 AÑOS

3199

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 ANDREA ROMERO Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1098616750 de BUCARAMANGA y domiciliado en el barrio BOHACALA, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ FUTBOL Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: ANDREA ROMERO
C.C: 1098616750
Teléfono: 3224039708
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección:
CLL 65 A # 73 A 53 APTO 302
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1016955854

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

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

Yo ANDREA ROMERO mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de 1098616750 y domiciliado en el barrio BOYACA REAL acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA FUTBOL 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 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma: ANDREA ROMERO
Nombre: ANDREA ROMERO CALDERON
C.C: 1098616750
Teléfono: 3224039708
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: CLL 65A #73A53 APTO 302

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

3200



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.955.854
ROCHA ROMERO
APELLIDOS
JOSEPH SEBASTIAN
NOMBRES

Joseph Sebastian Rocha
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-MAY-2027 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00987111-M-1016955854-20180316 0060105210A 1 1364797985


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
1.098.616.750
ROMERO CALDERON
APELLIDOS
MAYERLY ANDREA
NOMBRES
Mayerly Andrea R
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
20-MAY-1986
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
30-JUN-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2700100-59131553-F-1098616750-20041210
0271304345A 02 164415613

3202

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	1016955854
NOMBRES	JOSEPH SEBASTIAN
APELLIDOS	ROCHA ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

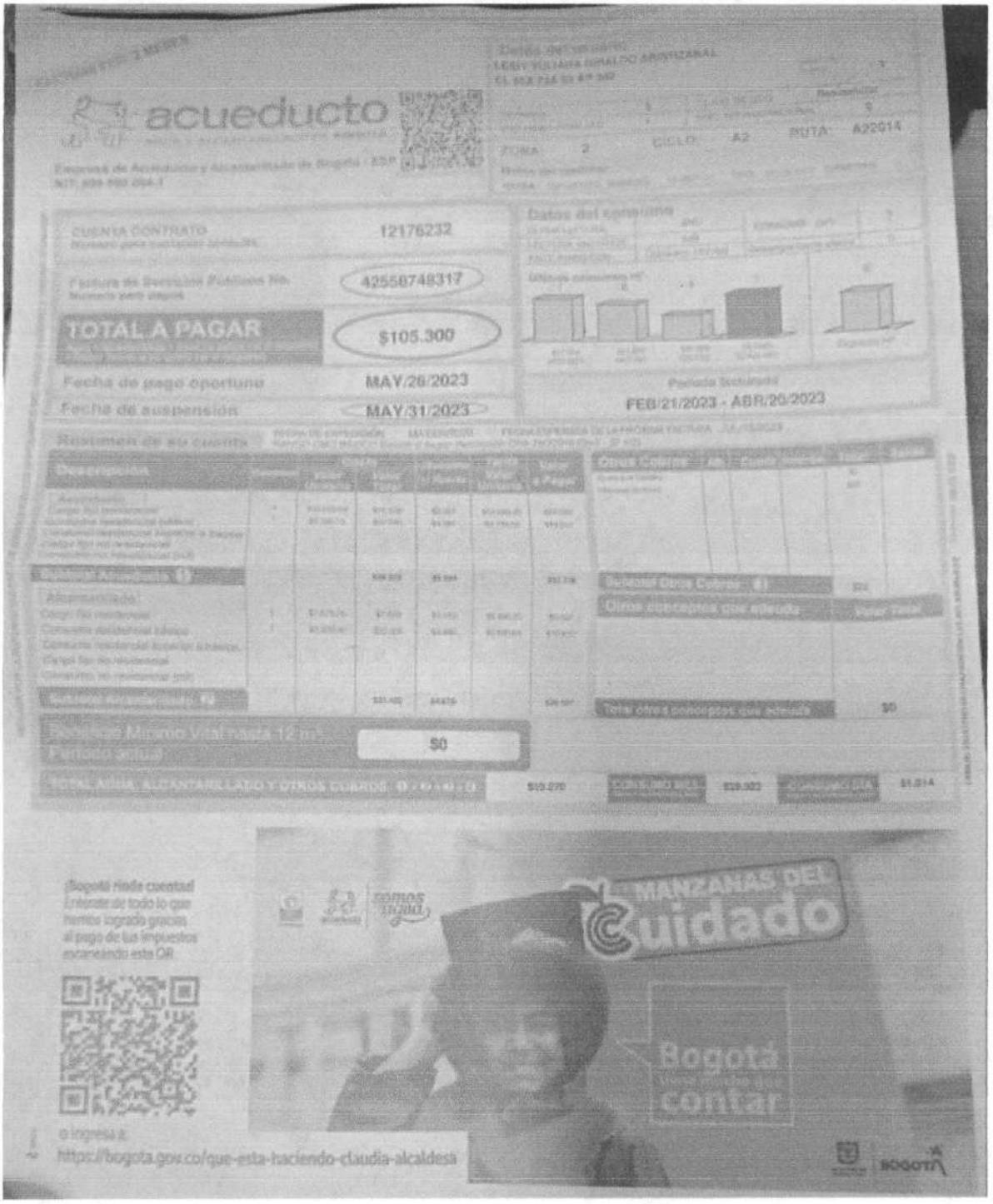
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/26/2023 09:42:04	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**,

3203


acueducto
CUENTA CONTRATO
12176232
42558748317
TOTAL A PAGAR
$105.300
Fecha de pago oportuno
MAY/26/2023
Fecha de suspensión
MAY/31/2023
FEB/21/2023 - ABR/20/2023
$0
MANZANAS DEL Cuidado
Bogotá a contar
Bogotá Ahora cuestas!
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

3204

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	Microfutbol	26 de julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Vivian Rocio Bernal

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?* 1015392192

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102797028

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * NO REGISTRA

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 77 #77 A - 37

7. ¿Cuál es su edad? * 37

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) 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)?* Nicoll Gabriela Garcia Bernal

*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)?*

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141130667

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3102797028

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3205

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cr 77 #77A-37

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?*

○ 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.

14

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

Futbol 3206
3102797028

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 Vivian Rodo Beina! Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.015.392.192 de Bogotá y domiciliado en el barrio la granja, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Futbol 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 26 a los _____ días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Vivian Rodo Beina!
C.C: 1.015.392.192
Teléfono: 3102797028
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3132850334
Dirección: cl 77 # 77A 37
Nicoll Gabriela Garcia Beina!
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141136667

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

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

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

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

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

3207

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.141.130.667**

GARCIA BERNAL

APELLIDOS

NICOLL GABRIELA

NOMBRES

Nicoll G Garcia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-ABR-2032 **B+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

30-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01259399-F-1141130667-20211007 **0075**767679A 1 8503042445

3208

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.392.192

BERNAL
APELLIDOS

VIVIAN ROCIO
NOMBRES

Vivian Rocio Bernal
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500112-42125074-F-1015392192-20040325 0167304085O 03 153390274

3209

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	1141130667
NOMBRES	NICOLL GABRIELA
APELLIDOS	GARCIA BERNAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

[illegible] 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	17/07/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/17/2023 09:36:28	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

MARIA DOLORES RAMIREZ AVENDAÑO
KR 77 77A 37

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Co
UNID HABITJ/FAMILIAS:	0	UND. NO HABITACIONAL:	

ZONA: **2** CICLO: **E2** RUTA:

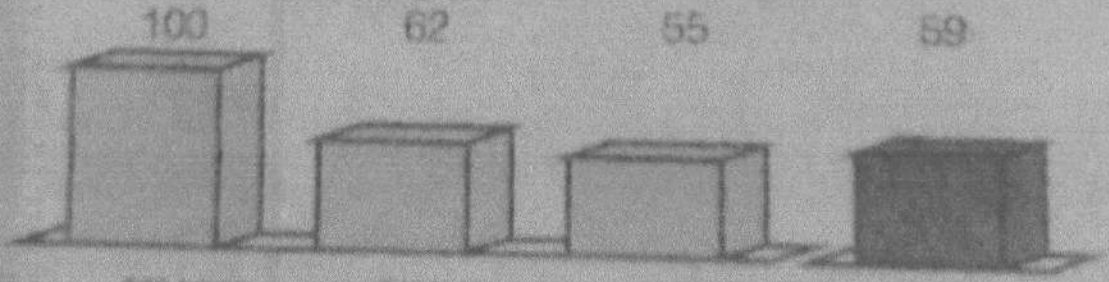
Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NUMERO: 09015IB045840 TIPO: VELOC15C

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	2708	CONSUMO (m³)
LECTURA ANTERIOR:	2649	
FACTURADO CON:	Consumo Normal	

Ultimos consumos (m³)



$914.666 DE NOV

$621.462 NOV-ENE

$957.693 ENE-MAR

ULTIMO CONSUMO

Periodo facturado

MAR/03/2023 - MAY/02/2023

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUL/26/2023

3211

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	Microfutbol	26 de JULIO

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yeimi Yolieth Corrales Gonzalez

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?* 1003 205 716

4. ¿Cuál es su número de celular? 304 677 4554

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Yeimi corrales @ gmail . com

6. ¿Cuál es su dirección? * carrera 116 #64 - 14

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 → 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)?* Alex David Regino Corrales

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3212

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)?* 1065294833

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

● Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

● Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

● Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ● No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ● No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

● Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ● Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 304 6714554

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Jeimi.corrales@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3213

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 116 # 64 -14

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

◉ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

◉ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

◉ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.*

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.**

10

¡Gracias por su tiempo!

3215

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 Yeimi yulieth conales. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1003 205716 de Ciengga de oro y domiciliado en el barrio Lintaamor, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Natacion Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogota a los 04 días del mes de agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Yeimi yulieth conales.
C.C: 1003 205716
Teléfono: 304 6714554
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Carrera 116 #64 - 14
Alex Regino conales
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1065 294 833

3216

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.065.294.833
REGINO CORRALES

APELLIDOS
ALEX DAVID

NOMBRES

alex Regino

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-2015
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-OCT-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
08-NOV-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01332338-M-1065294833-20221201 0091947672A 1 8509254498

Deporte: (Futbol)
Acudiente: Yuleth Corrales
celular: 3046714554
Correo. Jeimi.Corrales@gmail.com
edad: 7 años.

3217

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.003.205.716



Apellidos
CORRALES GONZALEZ

Nombres
YEIMI YULIETH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
23 MAYO 1999

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CIENAGA DE ORO (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
18 OCT 2017, CIENAGA DE ORO

Firma

Fecha de expiración
25 MAYO 2033

.00

023198852

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023198852413013<<<<<<<<<<
9905234F3305256COL1003205716<7
CORRALES<GONZALEZ<<YEIMI<YULIE

3218

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	1065294833
NOMBRES	ALEX DAVID
APELLIDOS	REGINO CORRALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	CIENAGA DE ORO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	07/09/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/29/2023 10:00:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

3219

Doblar y rasgar

Eficiencia energética
Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Oficina Virtual
Regístrese en nuestra nueva Oficina Virtual y aproveche sus beneficios sin necesidad de desplazarse a los puntos de atención presencial: www.grupovanti.com/oficinavirtual

¡Ten presente!
Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO PIDEN 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

Pago a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Botón PSE | Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancamía · Itaú* · Banco Caja Social · Bancolombia* · Banco GNB Sudameris · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davivienda · Rappipay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A. ESP.**

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-6 704921002023

Cuenta o Referencia de pago: **61460194**

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: NINFA MARIA ALVARADO
Direccion: KR 116A 65 0014
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Lote: P12GN
Sector: ENGATIVA
Ruta: 0011760065080005000
Código Sector 412
Medidor No.:5107104-42657

46121

vanti Listo
CUPO DISPONIBLE:
$ 3.480.000

C1



Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación; consúltala en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

Información de interés: A partir del 1 de septiembre ten en cuenta el nuevo esquema de marcación desde teléfonos móviles o fijos

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea de Atención de Emergencias **01 8000 919 052**
24 horas Móvil y fijo **164**

Consulta nuestros puntos de atención presencial en www.grupovanti.com

Síguenos como @grupovanti

Doblar y rasgar

3220

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	Microfutbol	4 de Agosto

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Kellys Molina Tovar

2. ¿Cuál es su tipo documento? * ○ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ⊗ Otro ¿Cuál? PPT

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 4993648

4. ¿Cuál es su número de celular? 3014368434

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Kellymtovar05@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * CRA 121 #636-08

7. ¿Cuál es su edad? * 40

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ○ No ⊗ Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Niño/a ○ Joven ○ adolescente ○ Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

⊗ Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

○ No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

⊗ Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ○ Persona con discapacidad ○ Adulto(a) Mayor ⊗ Menor de edad

○ Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ○ Agrupación o colectivo ○ Institución ○ MiPyMES

○ Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Rodrigo Alexander Guzmán Molina

*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? PPT

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 5984298

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 8

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3014368434

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * kellymtovar05@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3221

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 121 # 636-08

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

11. ¿Cuál es su género? *

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ⊗ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

◯ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ◯ Prefiero no responder ◯ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

⊗ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Profesional ◯ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

⊗ Facebook ◯ Página web de la Alcaldía ◯ Twitter ◯ Instagram ◯ Youtube ◯ Voz a voz ◯ Carteles y tableros
⊗ Mensajes de texto ⊗ Correo electrónico ◯ Otro _____ ◯ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

◯ Empleado(a) ◯ Independiente ◯ Estudiante ◯ Vendedor informar
◯ Labores del hogar ◯ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

⊗ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

Falta cc 3222

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 Kellys Molina Tovar Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. PPT 4993648 de Bogotá y domiciliado en el barrio Engativa, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Microfutbol 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 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Kellys Molina Tovar
C.C: PPT 4993648
Teléfono: 3014368434
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3014368434
Dirección: CRA 121 #63G-08
Rodrigo A. Guzmán Molina
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación PPT 5984298

3223

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5984298

COL

GUZMAN MOLINA
APELLIDOS
RODRIGO ALEXANDER
NOMBRES
VEN M
NACIONALIDAD SEXO
14012015230
DNI Nro.
14-01-2015
FECHA DE NACIMIENTO
23-02-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLE

NO FIRMA
FIRMA

E0433893

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5984298<<9<<<<<<<<<<<<<<<
1501146M3105308VENE0433893<<<6
GUZMAN<MOLINA<<RODRIGO<ALEXAND

3224

capitalsalud eps-s

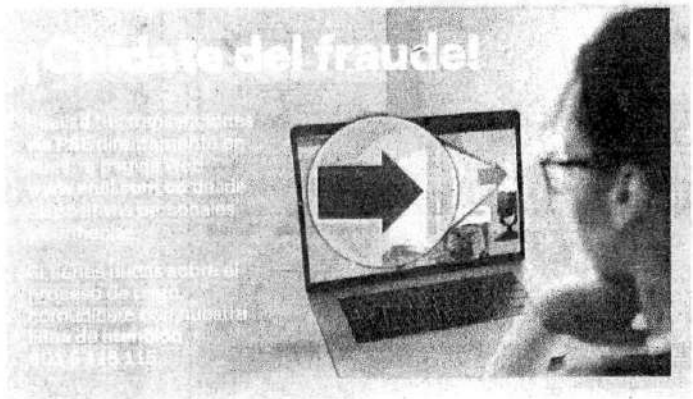
CERTIFICA

Que el usuario RODRIGO ALEXANDER GUZMAN MOLINA con tipo de documento Protección Temporal No.5984298 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 0, desde 26 de julio de 2023, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 3 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



Enel Colombia | App Enel Clientes Colombia | Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA | SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | EMERGENCIAS: 115 | DENUNCIAS: 601 5 894 884 denuncias@enel.com | DEFENSOR DEL CLIENTE: defensor@enel.com

APP Banco | Internet | Teléfono Banco | Débito Automático | Cajero Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | NEQUI | tpaga

CON | efácil | Reval | RED CADE | enel | Bancolombia | puntored | DUMBO

** Por restricciones sanitarias implementamos claves de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobalín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:$84.82 T: 48.70 D: 348.75 CV: 62.61 PR: 61.43 R: 18.50 CF: 0.00 / $744.64 Costo kWh Mes | Vigencia: FEB/2025 | Tarifa aplicada Opción Tarifaria 758.32 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2000. IVA Régimen Común GRAVAMEN 4X1000 RESOLUCIÓN CREG 045 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 dentro 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. E.S.P.. 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."

Para factura de cobro previo, crédito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 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 consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 ABR2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que avale el recibimiento como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

earth pact ECOLÓGICO

3225

2518399-2

12231

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 719157878-6

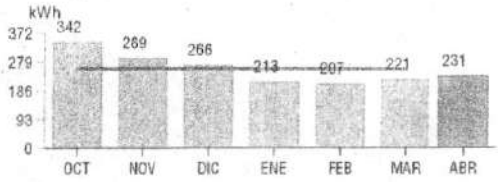
12231

CLIENTE

MARIA JANETH RUBIANO PERILLA
KR 121 NO 63 G - 08
0
BOGOTÁ, D.C.
SABANA DEL DORADO

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $758.32

CONSUMO DIARIO: 7.9 kWh

VALOR DIARIO: $4,341

COMPARATIVO PROMEDIO 12 MESES: 225 kWh

PERÍODO FACTURADO: 01 MAR/2023 A 30 MAR/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

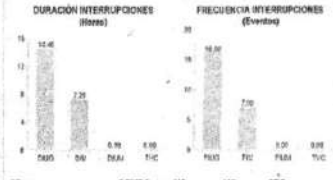
CONSUMO MES 231 kWh

¡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:	9
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 05 501 1266
RUTA LECTURA:	3000 5 05 507 0699
MANZANA DE LECTURA:	MS00565704
MEDIDOR NO:	205446
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: DI: CF: IRC: 6 IRF: 1 %I:

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Carga la lavadora siempre a su máxima capacidad en cada lavada.

12231 (1070) 2,833 - Page 1 of 2

3226

ROLLERBLADING

3227

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	Roller blanding	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * July Paola Martinez Guanume

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadania ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1000809649

4. ¿Cuál es su número de celular? 3212837572

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 77 Nº 76-52

7. ¿Cuál es su edad? * 30

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Juan Esteban Moreno Martinez

*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)?* 1027287663

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)? 3212837572

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3228

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 77 N 76 - 52

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?*

○ 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.

34

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

Roller 3229
3212837572

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Paola martinez yacume Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1000809649 de bogota y domiciliado en el barrio La Granja, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Roller. Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Paola martinez
C.C: 1000809649
Teléfono: 3212837572
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3212837572 - 3125330407 abela
Dirección: Kra 77 N. 76 - 52.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Esteban Moreno Martinez.
Número de identificación 1027287663.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

323

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.027.287.663**
MORENO MARTINEZ

APELLIDOS
JUAN ESTEBAN

NOMBRES

Juan moreno

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-ENE-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
06-FEB-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-1500159-01084931-M-1027287663-20190304 006472 91 93A 1 1105337978

3231



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.809.649

MARTINEZ GUANUME

APELLIDOS

JULY PAOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

13-ENE-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01090532-F-1000809649-20190802 0057136741A 1 9909425389

3232

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1027287663
NOMBRES	JUAN ESTEBAN
APELLIDOS	MORENO MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 03/02/2023 08:52:49 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3233

Eficiencia energética
Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Oficina Virtual
Regístrese en nuestra nueva Oficina Virtual y aproveche sus beneficios sin necesidad de desplazarse a los puntos de atención presencial: **www.grupovanti.com/oficinavirtual**



Ahora SÍ

En Grupo Vanti estamos pensando constantemente en tus necesidades y en lo importante que es CUMPLIR TUS SUEÑOS.

Hoy nuestra prioridad es brindarte acceso a una nueva forma de adquirir productos que mejoren tu calidad de vida y la de tu familia de forma

#TANFÁCIL

Consulta tu cupo preaprobado ingresando a www.vantilisto.com
No olvides actualizar tus datos.

Entidades Recaudadoras

Medios de pago Electrónicos:

pse vanti

Pago por PSE ingresando a la dirección **https://www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

• también a través de:

Redeban · Bancolombia · Banco Falabella · Bancolombia · Itaú · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha

Medios de pago Presenciales:

efecty Convenio 112044 · puntored · éxito · Red CADE · Olímpica

*Centros de recaudo

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A ESP**

Cuenta o Referencia de pago: **63474004**

vanti
Vanti S.A. ESP.

Cliente: LUZ GUANUME
Direccion: KR 77 76 0052 02
Municipio: BOGOTA Sector: TABORA
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN
Ruta: 0011410183490005200
Código Sector 225
Medidor No 5097197-223064

19201

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE
$ 3.000.000

C1

Tu cupo Vanti Listo es:
Si en la casilla encuentras un cero (0), tu cupo no ha sido asignado. Consulta las políticas de financiación en www.vantilisto.com/politicasdefinanciacion y enterate de los requisitos necesarios para que sea habilitado.

Ahora SÍ

Podrás adquirir tus productos favoritos* y pagarlos a cuotas a través de la factura de gas natural con vanti

#TANFÁCIL

Sin codeudor, sin cuota de manejo y sin papeleo.
Tasa preferencial del 1.5% MV, por lanzamiento Vanti Listo**
Consulta: **www.vantilisto.com**

Jornar · Ferricentro · Sarar · Sura · Rayco · Spring · Boelco · AO · éxito

*Aplica únicamente para las categorías de producto señaladas en la política de financiación.
Vanti Listo es un producto de las empresas de Grupo Vanti.
**Vigencia desde el 21 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2021

Información de interés: A partir del 1 de septiembre ten en cuenta el nuevo esquema de marcación desde teléfonos móviles o fijos

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052 **24 horas** Móvil y fijo **164**

Puntos de atención presencial:
Puedes consultarlos en nuestra página web www.grupovanti.com

3254

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	Rollerblanding	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rosa Osoria

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?* 52186408

4. ¿Cuál es su número de celular? 3158695797

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 64 D # 108 - 54

7. ¿Cuál es su edad? *

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Sí elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Mariana Arevalo Osorio

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

falta talla

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)?* 1220217308

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 9

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ⊗ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)?

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3235

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente Ⓐ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 6A D #108 -54

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

○ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro?_____ ○ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece usted?

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

18. ¿A través de cuales medios tiene acceso a información de actividades, programas y proyectos desarrollados por la Alcaldía local? *

○ Facebook ○ Página web de la Alcaldía ○ Twitter ○ Instagram ○ Youtube ○ Voz a voz ○ Carteles y tableros
○ Mensajes de texto ○ Correo electrónico ○ Otro _____ ○ Ninguno

19. ¿Pertenece usted a alguna instancia de participación, grupo comunitario u organización social?*

○ Si ¿Cuál?_____ ○ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informar
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿Cuál es su percepción de la gestión de la Alcaldía Local de Engativá? *

○ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

¡Gracias por su tiempo!

Urgente Ox. Peticion
1 Inscripcion
Pamá Rosa Osona
3158695797
3236

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ. falta CC

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 Rosa Osorio Hidalgo Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52186408 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 Rolerblanding Adaptada __convencional __ del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre Y padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Rosa Ines Osorio Hidalgo
C.C: 52186408
Teléfono: 3158695797
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 64 D #108-54
Mariana Arevalo Osorio
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1220217308

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre: _____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

3237

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIANA AREVALO OSORIO identificado(a) con TI 1220217308 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	**29/04/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26**
Categoría:	**SISBEN-1**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 17 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.

3238

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.220.217.308**

AREVALO OSORIO

APELLIDOS

MARIANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

04-MAY-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01242345-F-1220217308-20210629 **0074**07035A 1 8501981335

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL14-995BTR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROMEDIO: Empresa COD. FACTURACIÓN:
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Publicos Domiciliarios.



Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Gratuito las 24 horas.	601 5 894 894 denuncias@enel.com	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: Rappi pay, MOVII, DaviPlata, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo Para Todos, Bancolombia, 4-72 El servicio de envíos de Colombia, MOVIIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel **

Almacenes de Cadena: JUMBO, Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:266.64 T: 48.53 D: 253.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00	/ $730.62 Costo kWh Mes	792.95 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución 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 comunicate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 04 JUL2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite al datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

3230

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0925378-3

23339

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 730079462-6

23339

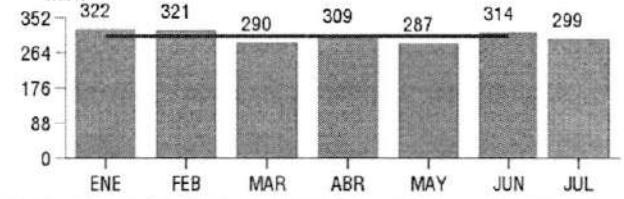
CLIENTE

WILSON FARFAN MORENO
CL 64 D NO 108 - 54

BOGOTÁ, D.C.
SAN ANTONIO ENGATIVA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 9.9 kWh

VALOR DIARIO: $6,185

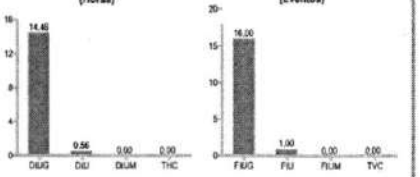
PERIODO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
29 MAY/2023 A 28 JUN/2023	30	299 kWh	307 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 505 1134
RUTA LECTURA:	3000 5 03 512 0085
MANZANA DE LECTURA:	MS20615156
MEDIDOR NO:	4835
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: B958TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 217.96 CF: 287 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

24,979 - Page 1 of 4

3240

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	Rollerblending	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * July Paola Martinez Guarumo

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?* 1006896449

4. ¿Cuál es su número de celular? 3212837572

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Kra 77 #76-52

7. ¿Cuál es su edad? * 30

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Diego Alexander Moreno Martinez

*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)?* 1141188 92

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

⊗ Hombre ○ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

⊗ Masculino ○ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

⊗ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3212837572

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3241

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 77 #76-62

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.

34

¡Gracias por su tiempo!

Roller 3242
3212837572

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Paola martinez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1000809699 de bogotá y domiciliado en el barrio la granja (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Roller Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en bogotá a los 26 días del mes de julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Paola martinez
C.C: 1000809699
Teléfono: 3212837572
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3212837572 - 3125330407 Abuela
Dirección: Kra 77 #76-52

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Diego alexander moreno
Número de identificación 1149112892

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.141.128.892**
MORENO MARTINEZ

APELLIDOS
DIEGO ALEXANDER

NOMBRES

Diego Martinez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
13-MAY-2031 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
16-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-1500150-01191227-M-1141128892-20001218 0072[illegible]A 1 [illegible]

3244

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.000.809.649**

MARTINEZ GUANUME

APELLIDOS

JULY PAOLA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-ENE-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01090532-F-1000809649-20190802 **0067**136741A 1 9909425389

3245

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141128892
NOMBRES	DIEGO ALEXANDER
APELLIDOS	MORENO MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 03/02/2023 08:53:27 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

3246

Eficiencia energética
Reduce 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**



Ahora SÍ

En Grupo Vanti estamos pensando constantemente en tus necesidades y en lo importante que es CUMPLIR TUS SUEÑOS.

Hoy nuestra prioridad es brindarte acceso a una nueva forma de adquirir productos que mejoren tu calidad de vida y la de tu familia de forma

#TANFÁCIL

Consulta tu cupo preaprobado ingresando a **www.vantilisto.com**
No olvides actualizar tus datos.

Entidades Recaudadoras

Medios de pago Electrónicos:

pse vanti

Pago por PSE ingresando a la dirección
https://www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

• también a través de:

Redeban · Bancolombia · Banco Falabella · Bancolombia · Banco Caja Social · Itaú · BBVA · Colpatria · Banco Pichincha

Medios de pago Presenciales:

efecty Convenio 112044 · puntored · éxito · Red CADE · Olímpica

*Centros de recaudo

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A ESP**

Cuenta o Referencia de pago: **63474004**

vanti
Vanti S.A. ESP.

Cliente: LUZ GUANUME
Direccion: KR 77 76 0052 02
Municipio: BOGOTA Sector: TABORA
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN

Ruta: 0011410183490005200
Código Sector 225
Medidor No :5097197-223064

19201

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE
$ 3.000.000

C1

Tu cupo Vanti Listo es:
Si en la casilla encuentras un cero (0), tu cupo no ha sido asignado. Consulta las políticas de financiación en www.vantilisto.com/politicasdefinanciacion y entérate de los requisitos necesarios para que sea habilitado.

Ahora SÍ

Podrás adquirir tus productos favoritos* y pagarlos a cuotas a través de la factura de gas natural con

vanti **#TANFÁCIL**

Sin codeudor, sin cuota de manejo y sin papeleo.
Tasa preferencial del 1.5% MV, por lanzamiento Vanti Listo**
Consulta: **www.vantilisto.com**

Jamar · Ferricentro · Samir · sura · Rayco · Spring · BOELCO · éxito

*Aplica únicamente para las categorías de producto señaladas en la política de financiación.
Vanti Listo es un producto de las empresas de Grupo Vanti.
**Vigencia desde el 21 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2021

Información de interés: A partir del 1 de septiembre ten en cuenta el nuevo esquema de marcación desde teléfonos móviles o fijos

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794

Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Línea de Atención de Emergencias **01 8000 919 052** **24 horas Móvil y fijo** **164**

Puntos de atención presencial:
Puedes consultarlos en nuestra página web www.grupovanti.com

3247

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	Rollerblanding	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Nancy Moreno Garcia

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.490.190

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144636356

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 71A #77-76

7. ¿Cuál es su edad? * 45

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Niño/a ( ) Joven ( ) adolescente ( ) Mascota

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*

(X) Si → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 1**

( ) No → Si elige esta opción, responda las preguntas de la **Sección 2**

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

( ) Persona Natural → ¿Qué tipo de Persona Natural?* ( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (X) Menor de edad

( ) Persona Jurídica → ¿Qué tipo de Persona Jurídica?* ( ) Agrupación o colectivo ( ) Institución ( ) MiPyMES

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Nicole Stefany Hernandez Moreno

*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)?* 1141133596

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 7

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*
○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*
○ Masculino ⊗ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es victima 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)? 3144636356

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

3248

24. ¿Cuál es la pertenencia étnica de su representado(a)?*

○ Indigena ¿A cuál grupo indigena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ⊗ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

25. ¿Cuál es la ocupación de su representado(a)?*

○ Empleado(a) ○ Independiente ○ Estudiante ○ Vendedor informal
○ Labores del hogar ○ Otro ¿Cuál? _____

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 71A #17-76

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.

30

¡Gracias por su tiempo!

Roller

3144636356

3249

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 Nancy Moreno Garcia Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52490190 Bta de Bta. y domiciliado en el barrio Santa Helenita (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Roller. Adaptada __convencional V del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de Julio. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X**padre**__, **tutor**__ **cuidador**__

Nombre: Nancy Moreno garcia

C.C: 52490190 Bta

Teléfono: 3144636356

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: Cl. 71A #77-76-2p,50.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Nicole Stepany Hernandez Moreno.

Número de identificación 1141133596.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ | PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre: _____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

3250

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.133.596
HERNANDEZ MORENO
APELLIDOS
NICOLE STEFANY
NOMBRES

Nicole H
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIE
12-NOV-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARC
LUGAR DE NACIMIE
12-NOV-2
FECHA DE VENCIMI
B+
O S RH
25-NOV-2022 BO
FECHA Y LUGAR DI
.D.C.
DICIÓN

I-1500150-0133

1141133596 20221215

093035254A 1

3251

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.490.190**
MORENO GARCIA
APELLIDOS
NANCY
NOMBRES

Nancy Moreno Garcia
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1977**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

21-DIC-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00217509-F-0052490190 20100224 0021225107A 1 1973650093

3252

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	1141133596
NOMBRES	NICOLE STEFANY
APELLIDOS	HERNANDEZ MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/08/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/25/2023 17:05:35	**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**

325

Cuenta / Referencia de pago:
60951850

Cliente: SUSANA ORTIZ

Dirección de servicio: CL 71A 77 0076 INT 00001

Municipio: BOGOTA

Factura electrónica de venta F15I78873649

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/18 07:30:57

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/19 13:49:35

Forma de pago: Crédito 16 días

CUFE: 305a6oddedad1778220d5ccbleb6dddd6cb8cd7d586e4bcc1997e79f86efcc378e23550d9f6dfdbd07a53661d8dd6cf

Componentes tarifarios: Unit: 1056.38 Inc: 894.00 Dec: 907.24 Cen: 2417.38 , P: 59.73 Cubo: 3811.0 CUVm: 2417.38 Cuvc:0.0 Cuvc:0.0
Pcom:42.438 Mpm3 Su consumo en M3 de gas expresado a: 24 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 360.24 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de cobro	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZAGUV	CONSUMO GAS	M3	2.0	2.417,38	4.834,76	0,00	4.834,76
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	4,24	4,24	0,00	4,24

Subtotal 8.650,00

② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 8.650,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica ① + ② 8.650,00

vanti

¡Es momento de agendar la Revisión Periódica Obligatoria!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

La revisión debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012

Whats app: 315 4 164 164

grupovanti.com/programaRPO - 01 8000 942794

Somos grandes contribuyentes Resolución 012250 Diciembre 29/2022 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-JU-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764001165573 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde Nº 60000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2 119001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.057.813-5. 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: 5087196-106625

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 5359	2023-06-14	REAL	
Actual 5361	2023-07-14	REAL	

Periodo facturado: JUN 2023 JUL 2023

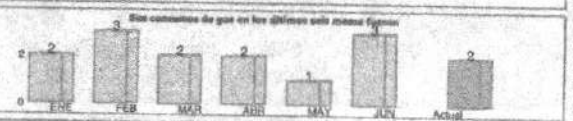
Volumen medido (Vm): 2 Kp: 0.76826 Kt: 1.00631 Pc: 0.7731 Volumen corregido (Vc): 2

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.75 Temperatura estándar (Tst): 15.56

Presión estándar (Pe): 1.01008 Presión atmosférico (Pat): 0.753

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.023 Fc pc: 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 Financiación de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar ① + ③ + ④ + ⑤ **8.650,00**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/08/2025	04/08/2023	03/08/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: $0,500

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com, valor sugerido $ 865

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando medidor o de cuenta, se impedirá el acceso al inmueble para proceder al retiro de los equipos de consumo, previo aviso de 5 días calendario. Si no se logra ubicar al suscriptor o usuario en el inmueble, se dejará aviso de suspensión. Según el contenido de la presente factura ley 142 de 1994, con los mecanismos de defensa en su hecho señalado para el pago oportuno de esta, antes de la fecha de suspensión. Más información en los Puntos de Atención al Cliente.

(415)7709998026025(8020)60951850(3900)0000000008650

C1

142

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Oficina Virtual

Regístrate en nuestra nueva Oficina Virtual y aprovecha sus beneficios sin necesidad de desplazarte a los puntos de atención presencial. www.grupovanti.com/oficina-virtual

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

Con nuestros expertos:

- No pagas en efectivo.
- Pagas a través de la factura.

Comunícate con nosotros:

- Emergencias: **164**
- Línea de atención al Cliente: **601 3078121**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente, S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

Pago a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

pse — **Botón PSE**

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancaoía · Itaú* · Banco Caja Social · Bancolombia* · Banco GNB Sudameris · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Tarjeta Éxito · Royal Pay

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A. ESP.**

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8

Doblar y rasgar

Cuenta o Referencia de pago: **60951850**

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.

Cliente: SUSANA ORTIZ — Ruta: 0011380050099005000
Direccion: CL 71A 77 0076 INT 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: BOYACA — Código Sector 176
Codigo Postal: 000000 — Lote: P11GN — Medidor No.:5087196-106625

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE
$ 3.828.000



Usa tu cupo en nuestros aliados:

AO · HOPO · MINCA · Hero · Merpes · exito · flamingo

Compra en tiendas aliadas y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones 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

Doblar y rasgar

C1 142 0

3254

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	Roller blanding	26 de Julio

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Moreno Garcia

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (✓) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.336.809

4. ¿Cuál es su número de celular? 3142007419

5. ¿Cuál es su correo electrónico? *

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 71 A Nº 77-76

7. ¿Cuál es su edad? * 46

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)?* Zaida Ariana Olaya Moreno

*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)?* 1141121254

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 13

15. ¿Cuál es el sexo de su representado(a)?*

○ Hombre ⊗ Mujer ○ Intersexual ○ Prefiero no contestar ○ No aplica

16. ¿Cuál es el genero de su representado(a)?*

○ Masculino ⊘ Femenino ○ No binario ○ No aplica ○ Prefiero no contestar
○ Otro ¿Cuál? _____

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*

○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*

○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
○ Ninguna ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*

○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊘ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*

○ Primaria ⊘ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

21. ¿A que régimen de seguridad social en salud pertenece su representado(a)?*

○ Contributivo ⊘ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3142067419

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? *

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3755

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 71A #77-76

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?*

○ 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.

36

¡Gracias por su tiempo!

TEL 3142007419.
Roller.

3256

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Diana Moreno García Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52336809. de Bogotá y domiciliado en el barrio Santa Helenita, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ roller 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 Diana Moreno a los 26 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Diana B.
C.C: 52336809 Bta
Teléfono: 3142007419
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3144636356
Dirección: Calle 71A Nº 77-76

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Zaida Ariana Olaya Moreno
Número de identificación TI 1141121254

BOGOTÁ

"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ.

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo _____ mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ y domiciliado en el barrio_____, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma: _____
Nombre:_____
C.C: _____
Teléfono: _____
Teléfono de contacto en caso de emergencia: _____
Dirección: _____

3257

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.121.254
OLAYA MORENO
APELLIDOS
ZAIDA ARIANA
NOMBRES

Zaida olaya
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-MAR-2028 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
04-MAY-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00904323 F-1141121254-20170510 00553/2168A 1 1384426657

3258

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.336.809

MORENO GARCIA
APELLIDOS

DIANA
NOMBRES

Diana Moreno G
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1976

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-FEB-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



INDICE DERECHO