4265


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
23.384.328
CABRERA CABRERA
LUZ MARINA


FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1959
BUSBANZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
08-NOV-1978 BUSBANZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

2:42 PM

:aciones.adres.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1013136637
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	VALDERRAMA CABRERA
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/15/2023 14:42:38 | 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

4267

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Datos del usuario
PARQUES DE GRANADA PARQUES DE GRANADA
KR 116 77B 42 CA 162

ESTRATO:	3	CLASE DE USO:	Residencial
UNID.HABIT./FAMILIAR:	1	UNID. NO HABITACIONAL:	0

ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22272

Datos del medidor
MARCA: BERCONT NUMERO: [illegible] TIPO: [illegible] DIAMETRO: [illegible]

CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	11422113
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	12306234217
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Tercero (si aplica ver al respaldo)	$223.610
Fecha de pago oportuno	ABR/13/2023
Fecha de suspensión	ABR/18/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	2159	CONSUMO [illegible]	26
LECTURA ANTERIOR:	2133		
FACTURADO EN:	Consumo Normal	[illegible]	0

Últimos consumos m³: 25, 23, 26, 23

Periodo facturado
ENE/12/2023 - MAR/11/2023

FECHA DE EXPEDICION: MAR/30/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: JUN/01/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Consumo	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	+)Saldo (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.079	$16.079	$2.411	$13.668,65	$13.667
Consumo residencial básico	22	$1.198,71	$26.369	$10.360	$9.465,85	$98.105
Consumo residencial superior a básico	4	$3.135,81	$12.543	30	$9.134,25	$12.857
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						

Otros Cobros	No. Cuenta	Interés	Total	Saldo
[illegible]				

4268

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.	Fútbol	25-08-23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Laura Marcela Aldana

2. ¿Cuál es su tipo documento? * (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso Especial de Permanencia ( ) Otro ¿Cuál? 1016069857

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1016069857

4. ¿Cuál es su número de celular? 3132748238

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * laumar.44@outlook.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Trav 112C # 64 d 15

7. ¿Cuál es su edad? * 28

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1019766573

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)? NA

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * laumar.44@outlook.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? Trav 112C #64d 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 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.

16

¡Gracias por su tiempo!

4270

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Laura Marcela Aldana Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1016069857 de Bogotá y domiciliado en el barrio Engativa Centro (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Fotbol 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 25 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__/ cuidador X
Nombre: Laura Marcela Aldana
C.C: 1016069857
Teléfono: 3132748238/3213378788.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3213378788.
Dirección: Tran 112 C #64 d 15

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Javier David Aldana Arias
Número de identificación 1019766573

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

4271

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.019.766.573**

ALDANA ARIAS
APELLIDOS

JAVIER DAVID
NOMBRES

Javier David
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-AGO-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

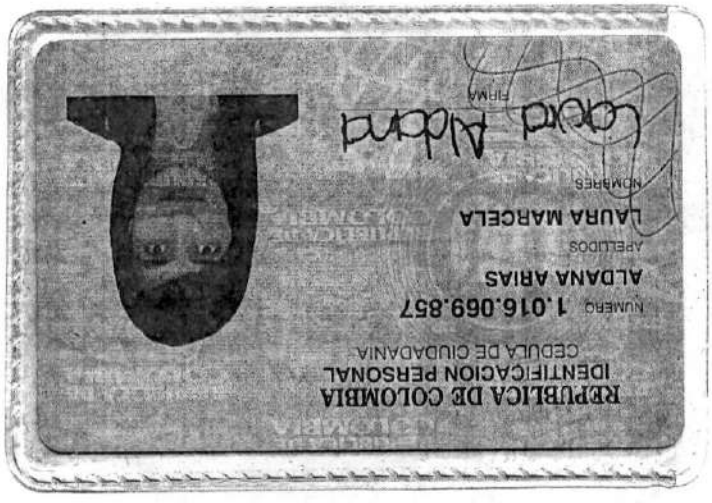
M
SEXO

08-OCT-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01108610-M-1019766573-20191108 **00687**94636A 1 8500004500


FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
08-OCT-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00412288-F-1016069857-20121120
0031696490A 1
39278856


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.069.857
ALDANA ARIAS
APELLIDOS
LAURA MARCELA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

06-OCT-2012 BOGOTA D.C

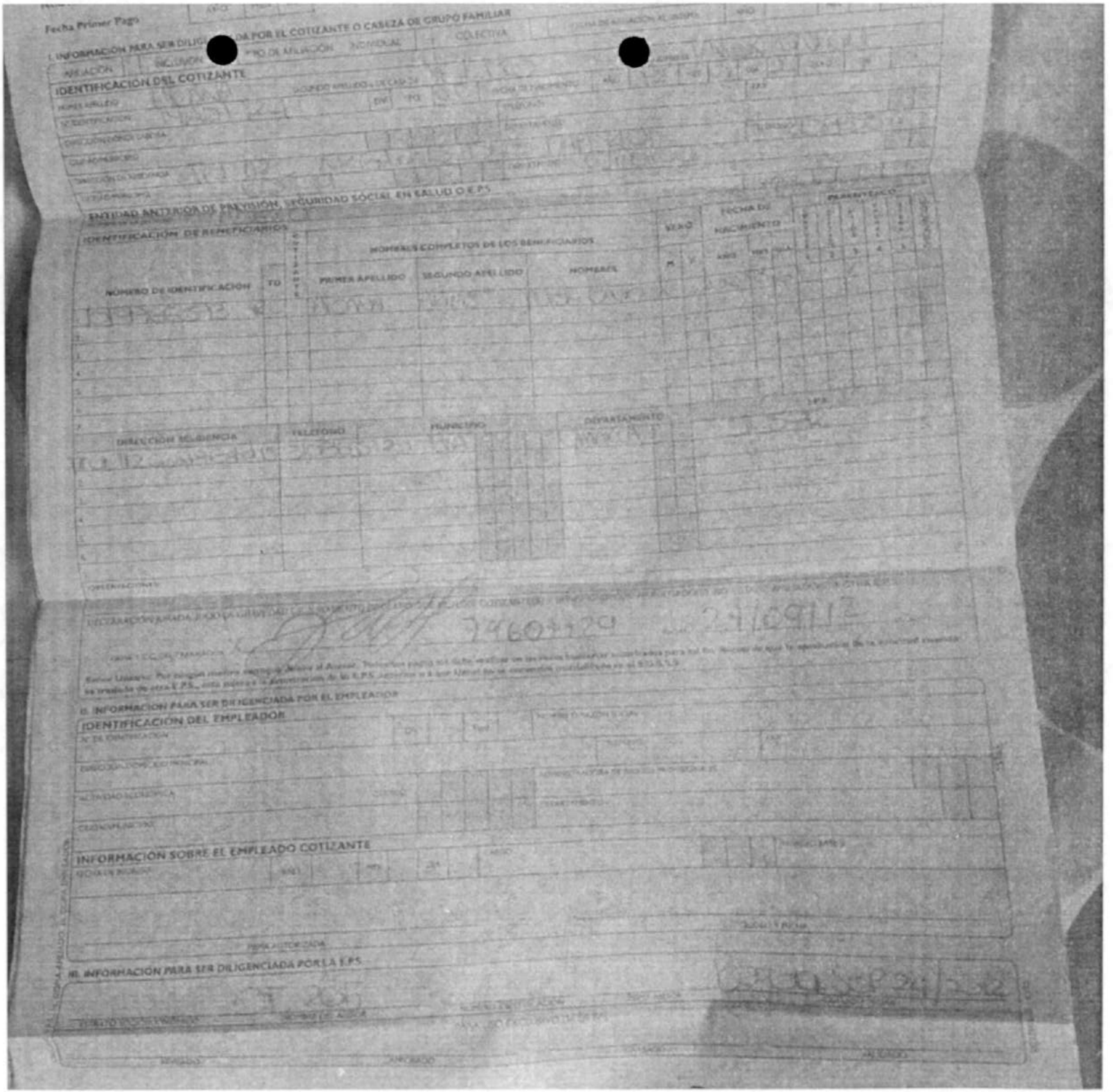
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00412288-F-1016069857-20121120 0031696490A 1 39278856

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Fecha Primer Pago

I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

AFILIACIÓN | INCLUSIÓN | TIPO DE AFILIACIÓN: INDIVIDUAL | COLECTIVA

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

No. IDENTIFICACIÓN | DV | TD | FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | SEXO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

CIUDAD DE RESIDENCIA | TELÉFONO

DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN | ACTIVIDAD ECONÓMICA

ENTIDAD ANTERIOR DE PREVISIÓN, SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O E.P.S.

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS

No.	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TD	PARENTESCO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

DIRECCIÓN RESIDENCIA | TELÉFONO | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURADA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SE ENTIENDE PRESTADO CON LA FIRMA DEL COTIZANTE

FIRMA Y CÉDULA DEL TRABAJADOR

Señor Usuario: Por ningún motivo exija dinero al Afiliar. Todos los pagos se deben realizar únicamente a través de la E.P.S. Si usted requiere información de la E.P.S. comuníquese a la línea gratuita nacional o a la línea telefónica en el SOLES.

II. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE

DIRECCIÓN COMERCIAL O RESIDENCIA | CIUDAD

ACTIVIDAD ECONÓMICA | TELÉFONO

CIUDAD/EXPLOTACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

SALARIO MENSUAL | AÑO | MES | DÍA | AÑO

FIRMA AUTORIZADA

III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA E.P.S.

NOMBRE | APELLIDO



Canales de atención

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

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

Medios virtuales de pago | Medios físicos

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

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

CONRED | efácil | Reval | RED CADE | enel | Baloto | Bancolombia | Éxito | Carulla | Olímpica | Supermercados Jumbo | Cafam | MOVIRED

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 209.41 CV: 88.70 **PR:** 70.59 **R:** 14.86 **C:** 0.00 / $786.42 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023 Tarifa aplicada Opción Tarifaria 744.36 Costo kWh Mes

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

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

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 156011 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 AGO/2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: FR23-6447R1 - NIVEL DE TENSION: 1 El prestador del servicio de comercialización y [illegible] Personal COD. FACTURACIÓN: [illegible] ión de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

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

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

2665640-5

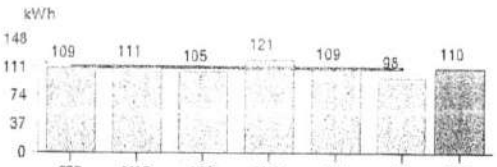
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734259094-3

31693

CLIENTE

CONSTRUMAX S. A.
TV 112 C NO 64 D - 15 IN 1 AP 401
CAMINOS DE ENGATIVA
BOGOTÁ, D.C.
VILLA GLADYS

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $744.36

CONSUMO DIARIO: 3.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,321

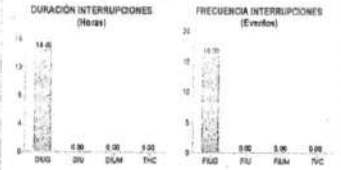
PERÍODO FACTURADO: 30 JUN/2023 A 31 JUL/2023 | **DÍAS FACTURADOS:** 31 | **CONSUMO MES** 110 kWh | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 110 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 05 508 0748
RUTA LECTURA:	3000 5 05 515 0716
MANZANA DE LECTURA:	MS00563786
MEDIDOR NO:	11051820
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 6447R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 Dt: 175.42 CF: 109 MC: 0 MF: 1 %t: 18

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

31693 (16555) 31693

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 860.063.812-8

3,703 - Page 1 of 2

4275

BALONCESTO

4276

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:
	Baloncesto	26-07-23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Maria Cristina Castblanco

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?* 51849106

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144342976

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * cristinacastblanco3@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cra 80 # 68b-12

7. ¿Cuál es su edad? * 58

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)?* Luna Saray Castblanco

*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)?* 1023302944

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 17 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)? 3115905228

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4277

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 80 # 68b - 12

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

3144342976
Baloncesto

4270

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 Cristina Castiblanco Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51847106 de Bogota y domiciliado en el barrio San Marcos (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (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: María Cristina Castiblanco
C.C: 51847106
Teléfono: 3144342976
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3144342976
Dirección: Cra 80 #68b-12
Juan Saray Castiblanco
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1023302944

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: _____

4279

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.023.302.944

CASTIBLANCO

APELLIDOS

LUNA SARAY

NOMBRES

Luna Saray C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-2006

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-MAR-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ F
G S RH SEXO

06-MAR-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00436698-F-1023302944-20130524 0033138164A 1 1362268142

4280

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.847.106**

CASTIBLANCO

APELLIDOS

MARIA CRISTINA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1965**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

11-ABR-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01290527-F-0051847106-20220413 0078766681A 1 8504389344

4281

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	1023302944
NOMBRES	LUNA SARAY
APELLIDOS	CASTIBLANCO
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	04/03/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/26/2023 11:14:14	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

URA POR 2 ME

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

mpresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
T: 899.999.094-1

Datos del usuario
PEDRO ALONSO MARTINEZ
KR 80 68B 12 AP 301

4283
ENGATIVA
SANTA HELENITA

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

ZONA: 2 CICLO: B2 RUTA: B2206

Datos del medidor
MARCA: ITRON NÚMERO A17S215742 TIPO VELO015R160 DIÁMETRO:

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 12007723

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 13018432719

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): $185.690

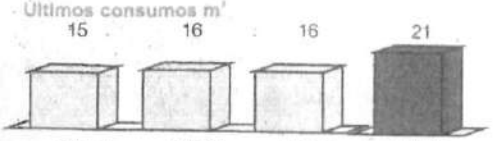
Fecha de pago oportuno: JUL/26/2023

Fecha de suspensión: JUL/31/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	457	CONSUMO (m³)	21
LECTURA ANTERIOR:	436		
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



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

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/12/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/18/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.894,55	$16.895	$2.535-	$14.360,36	$14.360
Consumo residencial básico	21	$3.296,79	$69.233	$10.385-	$2.802,27	$58.848
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$86.128	$12.920-		$73.208
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.030,34	$8.030	$1.204-	$6.825,80	$6.826
Consumo residencial básico	21	$3.391,27	$71.217	$10.683-	$2.882,58	$60.534
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$79.247	$11.887-		$67.360

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Sa
Ajuste a la Decena				$2	
Intereses de mora				$40	
Subtotal Otros Cobros ③				$42	

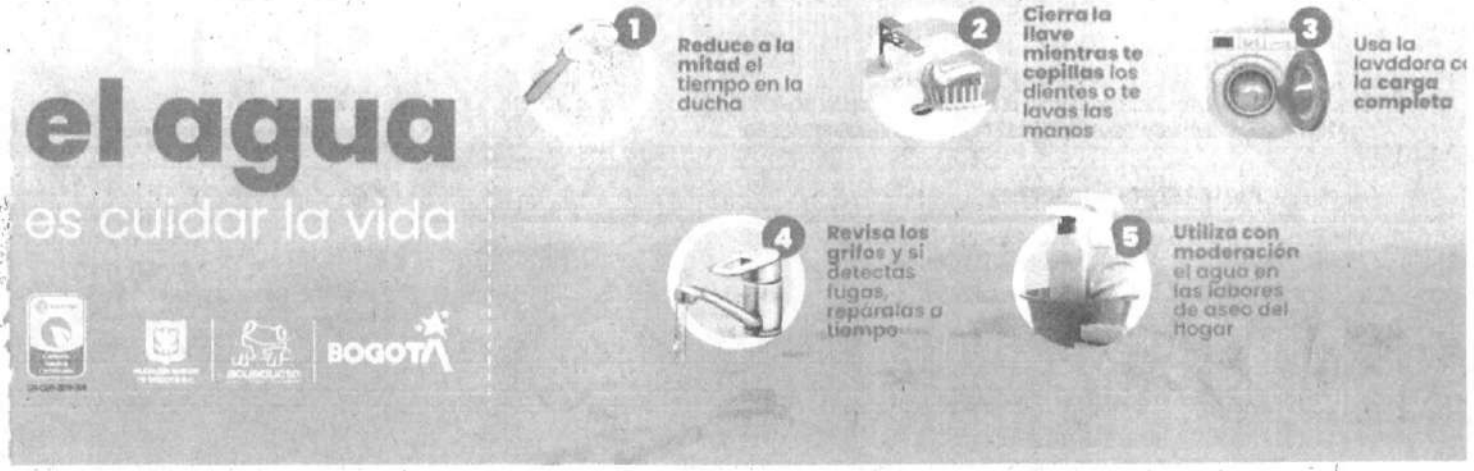
Otros conceptos que adeuda	Valor Tota
Total otros conceptos que adeuda	$0

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

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $140.610

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $70.284

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.3E



J783

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	27 de Julio 2023 11:32 am

1, ¿Cuál es su nombre completo? * María del Carmen Rojas

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 51.748.442

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133393949

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * mariac2115@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 102 #69-22 Casa 21

7. ¿Cuál es su edad? * 59

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)?* Nathaly Andrea Torres Pertuz

*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)?* 1044694459

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)? 3133393949

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * mariac2115@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4284

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 102 #69-22 Casa 11

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.

16

¡Gracias por su tiempo!

4235

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo María del Carmen Rojas Castañeda identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 51748442 de Bogotá y domiciliado en el barrio Alamos Nte (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si X no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: María del Carmen Rojas Castañeda.
C.C: 51748442
Teléfono: 3133393949
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cra 102 # 69-22 casa # 21
Natahy ——————> Nathaly Andrea Torres Pertuz
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación _____ # T.I. 1.044644459

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

4286

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.044.644.459**

TORRES PERTUZ

APELLIDOS

NATHALY ANDREA

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-OCT-2011**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

13-OCT-2029 **B-** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

21-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083493-F-1044644459-20190712 0066345628A 1 1365487543

4287

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.748.442

ROJAS CASTAÑEDA

APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1964

LA VEGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00113481-F-0051748442-20081028 0004939319A 1 1670025266

4788

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	1044644459
NOMBRES	NATHALY ANDREA
APELLIDOS	TORRES PERTUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/28/2023 11:39:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

¡Cuídate del fraude!

Realiza tus transacciones vía PSE directamente en nuestra página web www.enel.com.co desde dispositivos personales y confiables.

Si tienes dudas sobre el proceso de pago, comunícate con nuestra línea de atención 601 5 115 115.



Contáctanos

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

ENEL SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115
EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com
DATOS DEL CLIENTE
defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Corresponsales Bancarios · Red Distrital · Centros de Servicio

CONRED · efácil · Reval · RED CADE · enel · Almacenes de Cadena · Efecty · Multired · puntored

** 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 acepta el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tolima.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2023
G-304.62 T: 48.70 D: 248.75 CV: 62.61 PR: 61.43 R: 18.50 CP: 0.00 / $744.64 Costo kWh Mes
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 758.32 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Decreto 1073 de 2015.
CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 2018.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y puede acudir ante de dicho ente de la forma señalada por la propia ESP. Tenga presente que para mayor información consultarnos al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 01 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Con esta en mir ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Tenga presente que para mayor información consultarnos al (601) 5 115 115, línea de Bogotá o al 01 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
Sobre el sitio de suspensión puede el cobrar de reposición y en relación en ejecución, el cual cobrará oportunamente esta la Empresa prevista a la terminación del servicio."
Este factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, responsables y responsabilidades respectivas a Enel, IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, responsables y responsabilidades respectivas a Enel, COLOMBIA S.A. E.S.P. y los 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, línea de Bogotá al 01 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 30 MAR2023

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

Bogotá

Para pagos y consultas ingresa tu número de cliente

PAPEL ECOLÓGICO

2306138-6

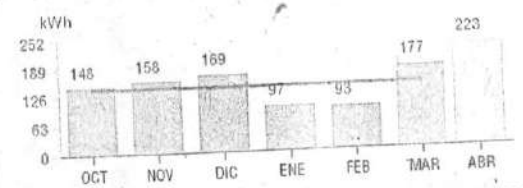
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 718646019-6

CLIENTE

MARIA DEL CARMEN ROJAS CASTANEDA
KR 102 NO 69 - 22 BI LOTE3 Ap CA21
RIVERAS DE TIERRA GRATA
BOGOTÁ, D.C.
VILLA DEL MAR

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



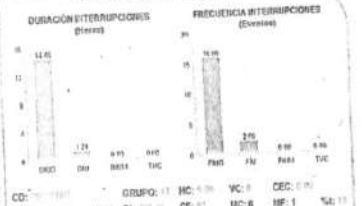
VALOR kWh APLICADO $758.32
CONSUMO DIARIO: 7.1 kWh
VALOR DIARIO: $4,978
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 141 kWh

PERÍODO FACTURADO: 24 FEB/2023 A 27 MAR/2023
DÍAS FACTURADOS: 31
CONSUMO MES 223 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 02 505 1653
RUTA LECTURA:	3000 5 02 509 0504
MANZANA DE LECTURA:	MS20615385
MEDIDOR NO:	858914
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: CF: MC: 6 MF: 1

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

RECOMENDACIÓN DE ENERGÍA

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

Grupo 1 CARGOS PERMANENTES - NIVEL DE TENSIÓN 1 - PROMEDIO. Expresado en $/kWh. FACTURACIÓN, comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

4290

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	28/Jul/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * MARITZA YANETH PEDRAZO ARIAS.

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?* 53140532

4. ¿Cuál es su número de celular? 3118093360

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

6. ¿Cuál es su dirección? * CALLE 69 B # 121-31

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)?* EMILY SARAY TORRES PEDRAZA

*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)?* 1014244252

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)? 3118093360

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4291

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 69 B # 121-31

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16.

¡Gracias por su tiempo!

4292

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 Maritza Yaneth Pedraza Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 53140532 de Bogota 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 Baloncesto Adaptada __convencional x del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Maritza Yaneth Pedraza
C.C: 53140532
Teléfono: 3118093360
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cll 69 B # 121-31

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Emily Saray Torres
Número de identificación 1014244252

4293

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.244.252**
TORRES PEDRAZA

APELLIDOS
EMILY SARAY

NOMBRES

EMILY TORRES P.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-JUN-2029 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-OCT-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01042302-F-1014244252-20181025 0062831132A 1 1625171031

4294

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 1014244252
NOMBRES Y APELLIDOS	Torres Pedraza,Emily Saray
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	29/06/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Torres Pedraza,Emily Saray, a los 28 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4295

68230

DEL CLIENTE



Contáctanos

Enel Colombia | App Enel Cliente Colombia | Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/ayuda/chat-de-atencion24h.html

@EnelClienteCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQR en www.enel.com.co en la sección Negocios y Hogar > Servicio de Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos

UNIDAD MEDICIÓN AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | CUNDINAMARCA 115 Fuera de Bogotá | BOGOTÁ 601 5 804 804 | DEFENSOR DEL CLIENTE

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

APP Banco | Internet | Telefono Banco | Débito Automático | Correo Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Sitios de Pago Online | Daviplata | MOVII | tpaga

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

CONRED | efecti | Reval | RED CADE | enel | Almacenes de Cadena | MOVIRED | puntored

** Por disposiciones sanitarias relacionadas con el COVID-19 los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio, Conredes, cuentas exigen un valor mínimo para recibir pagos. Te recomendamos consultar en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Bosa, SUPERCADE Bosa y CADE Soledad.

COMPONENTES TARIFARIOS	Componentes del costo:	Vigencia: JUN/2023	Tarifa aplicada Opcion Tarifaria
G:372.14 T:56.70 D:254.33 CV:62.70 PR:70.59 R:14.66 CF:0.00	$831.04 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3241 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa #1.04 por m3. Sujeta actualizaciones según Resolución No. 0147 de 15 de enero 2002. ISA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 097 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura o Cómo corregir con las inconsistencias de cobertura prevalece en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para este concepto. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115 Fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, con nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Barrio guardia con el suspensión según resolución No 082026 de 26 de noviembre de 2020.

Sobre el valor de suspensión pendiente el factor con respecto a en el numeral de aplicación, el cual debe a presentarse ante + El cobro previo a la suspensión del servicio.*

Este factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 108 07 se informa que [illegible]

Importante: En cumplimiento de la resolución CREG 097 de 2024, le 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, se informa a usuarios finales en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115. Fuera de Bogotá al (601) 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 07-JUL-2023

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

Bogotá

earth pact ECOLÓGICO

2690730-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730768560-0

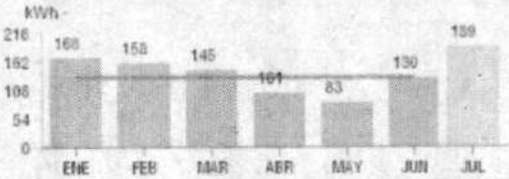
68230

CLIENTE

ALBA PATIÑO
KR 112 A NO 74 B 12
ENGATIVA
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura sin papel? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50

CONSUMO DIARIO: 5.7 kWh

VALOR DIARIO: $4,101

PERIODO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
01 JUN/2023 A 04 JUL/2023	33	189 kWh

(26094)

26.052 - Page 1 of 2

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 710 1540
RUTA LECTURA:	3000 7 06 719 0578
MANZANA DE LECTURA:	MS00564744
MEDIDOR NO:	2821927
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 070 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.

4246 Cedula

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto.	28 Julio 2023 2:10 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Kesia Maria Jose Dussan Terreros

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?* 1014248513

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133129713

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

6. ¿Cuál es su dirección? * calle 91c # 64c - 80

7. ¿Cuál es su edad? * 30

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)?* Isaac Haim Soriano Dussan

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1025153198

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? 47067 ○ 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)? 3133129713

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? calle 71c#64c-80

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

4298

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 Kesia Ma Dussan Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014248513 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 Babyfutbol 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 25 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Kesia DUSSAN
C.C: 1014248513
Teléfono: 3133129713
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3224701450
Dirección: El PASEO
Kr 71C N. 64C-80.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación ISAAC HAIM SORIANO DUSSAN
1025 153 198

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

4299

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.025.153.198**

SORIANO DUSSAN

APELLIDOS

ISAAC HAIM

NOMBRES

Isaac haim

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-OCT-2033 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

20-ABR-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01354103-M-1025153198-20230509 0107158531A 1 8507963946

4300

10:12

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1025153198
NOMBRES	ISAAC HAIM
APELLIDOS	SORIANO DUSSAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/28/2023 10:10:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

4301



DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotr

1 A través de nuestra línea telefónica 601 5 115 115, en todo momento o cuando lo necesites.
2 Si no se resuelve, entra a la página web en la sección de Defensor del Cliente.
3 Escríbenos a defensor@enel.com o defensoria@enel.com.
4 Trabajaremos en una solución para tu solicitud.

Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 318 880 8003
Chat de servicio en enelcolombia.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Consultas, PQRs en www.enel.com.co, servicio Hogares y PYMES o en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

115

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

Biblioteca Virtual

Internet
Teléfono Bancolombia
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de Pago Online
MOVII
MTOM
Tpaga

Corresponsales Bancarios
Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR

CONRED
efecty
Reval
RED CADE
enel
Almacenes de Cadena
MOVIRED
pasarela

** Por mantenimiento algunos registramos clientes 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 Bosa, SUPERCADE Suba y CADE Tuberia.

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo | Vigencia: JUN/2023 | Tarifa aplicada Opción Tarifaria
$831.34 Costo kWh Mes | 798.59 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 21 JUN/2023

enel Bogotá

Para pagos y consultas vía Internet o Centros de Servicio

0559836-1

ECOLÓGICO FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 7320856594-0

CLIENTE

MYRIAM DE MONTA&A
KR 71 C NO 64 C - 80

BOGOTÁ, D.C.
SAN JOAQUÍN

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA

kWh
288
216
144
72
0
184 177 156 238 239 256
ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL

VALOR kWh APLICADO $798.59
CONSUMO DIARIO: 7.8 kWh
VALOR DIARIO: $5.771

PERÍODO FACTURADO: 14 JUN/2023 A 17 JUL/2023
DÍAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES 258 kWh

Estamos tomando acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y más de tu interés en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000.5.15.507.1027
RUTA LECTURA:	3000.5.15.515.0412
MANZANA DE LECTURA:	MS00550918
MEDIDOR NO:	4516359
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)
FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Fuentes)

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

4302

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	28/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Eliana María Alvarez Rodriguez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52151782

4. ¿Cuál es su número de celular? 3225108993

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * liarame7412@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 74a #112-10

7. ¿Cuál es su edad? * 48

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1034520927

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)? 3225108993

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * tiarame7412@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 74a # 112-10

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

14

¡Gracias por su tiempo!

4304

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 Eliana María Alvarez Rod. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52151782 de Bogotá y domiciliado en el barrio Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 28 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Eliana Ma Alvarez R.
C.C: 52 151 782
Teléfono: 3225108993
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: 3225108993
Calle 74 A # 12-13
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Diego Rojas Alvarez
Número de identificación 1039520927

4305

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.520.927**

ROJAS ALVAREZ
APELLIDOS

JUAN DIEGO
NOMBRES



Juan Diego Rojas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-2010**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-MAR-2028 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-ABR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00906749-M-1034520927-20170520 **00554**91464A 1 1364393392

4306

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.151.782
ALVAREZ RODRIGUEZ
APELLIDOS
ELIANA MARIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-ABR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130570-F-0052151782-20081122 0006656970A 1 6170023428

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

4307

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN DIEGO ROJAS ALVAREZ identificado(a) con TI 1034520927 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/11/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO CIUDADELA COLSUBSIDIO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 27 días del mes julio del 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

4308

67788

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

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



Contáctanos

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

@EnelClientesCO | WhatsApp 318 890 6003 | Formulario PQR en www.enel.com.co en la sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA NOVIOLA 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 defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, RED CADE, enel, MOVIRED, puntored

Red Distrital: Almacenes de Cadena

Centros de Servicio

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.93 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CP: 0.00 / **Vigencia: JUN/2023** $831.34 Costo kWh Mes | **Tarifa aplicada Opción Tarifaria** 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tasa 13.94 por mil. Sobre subcontribuyentes según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común

CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos sobre de la forma 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. Sobre el acto de suspensión proceda el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual rechtfen el Código de Medida, se establecieron obligaciones, atribuidos y responsabilidades asignados 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: 07 JUL2023

GRUPO I CIRCUITO 8L1143270 - NIVEL DE TENSIÓN 1 PROPIEDAD: Empresa con el propósito del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

67788

enel | Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0583355-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730700113-0

67788

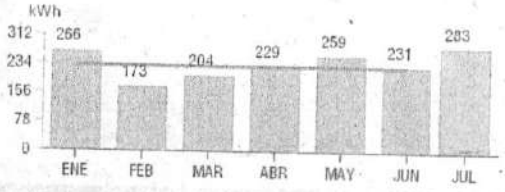
CLIENTE

JOSE D MORALES B
CL 74 A NO 112 - 10

BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 8.5 kWh

VALOR DIARIO: $6,376

PERÍODO FACTURADO: 01 JUN/2023 A 04 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 283 kWh

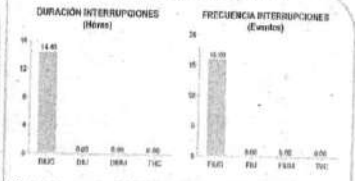
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES 280 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	8
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 710 1098
RUTA LECTURA:	3000 7 06 719 0125
MANZANA DE LECTURA:	MS00564745
MEDIDOR NO:	2844395
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 5307771 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: May2023 DI: 217.00 CP: 7.00 MC: 0 MP: 1 SE: 1

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

67788

(25828)

25,405 - Page 1 of 2

MOVIIRED

17/07/2023 15:30:35
PAPELERIA FABERCITO
#064864

No. transacción
ON230717.1530.B10022

TRANSACCIÓN EXITOS.
PAGO DE FACTURAS

No. autorización 9989475
Convenio: ENEL
o. Ref: 0105833555730708
Valor: $210,410

Portafolio Enel X $0

Total a Pagar $210,410

PAGO OPORTUNO 14 JUL/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 18 JUL/2023

NÚMERO DE CUENTA 058335[illegible]-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA 02 AGO/2023

Situación encontrada: Normal

36782		283		$798.50	$225,977
kWh X	Valor kWh $798.5036	X	Beneficio -15.00%		$-15,571
				SUBTOTAL:	$210,406

ARIOS

SUBTOTAL: $4 $4

Otros cobros de productos y servicios

Te enviamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP de Soluciones Online en la página web o en el detalle de la FACTURA VIRTUAL donde aparecerá cargado en la sección Financiera.

TOTAL ENERGÍA: $210,410

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

erar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a go. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados nscita de $89,256

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

- 130 Kwh/mes) es de $678.7291 KWh



PAGO OPORTUNO 14 JUL/2023

TOTAL A PAGAR $210,410

(415)7707209914253(8020)0105833555730708113(3900)0000000210410

NÚMERO DE CLIENTE 0583355-5

Factura de Servicios Públicos No. 7307081130

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

4309

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto	29 Julio 2023

3:09 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Ingrid Vanesa Camargo Pedreros

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1.014.236.713

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133678186

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * vane-1507@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cl 67A # 70C - 84

7. ¿Cuál es su edad? * 31

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1.014.272.488

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)? 3133678186

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Vane-1507@hotmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4310

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 67A # 70C - 84

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16

¡Gracias por su tiempo!

4311

Cedula

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 Ingrid Vanesa Camargo identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.014.236713 de Bogotá D.C. y domiciliado en el barrio El Laurel, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Ingrid Vanesa Camargo Pedreros.
C.C: 1.014236.713
Teléfono: 3153698186
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3186218015
Dirección: cll 67A # 70C - 84

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Sara Sofia Herrera Camargo
Número de identificación 1.014.272.988.

4312

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.272.488**
HERRERA CAMARGO
APELLIDOS
SARA SOFIA
NOMBRES

Sara Sofia
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-NOV-2031 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

24-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01193977-F-1014272488-20201228 0072951717A 1 8501223933

4313

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 1014272488
NOMBRES Y APELLIDOS	Herrera Camargo,Sara Sofia
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/09/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Camargo Pedreros,Ingrid Vanesa, a los 29 dias 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

22124

GRUPO: 1 CIRCUITO: MR19-571HSTR1 - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACION:
El prestador del servicio de comercialización y distribucion de energía electrica 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.

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com | denuncias@enel.com

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

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



Contáctanos

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

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 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, Su Red, El servicio de envíos de Colombia, MOVIRED, puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel **

Almacenes de Cadena: Jumbo, Metro

Código QR

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

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

Vigencia: JUN/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Electrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores segun 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 CREG159/11 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 21 JUL2023

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 valido en caso de reclamo.

enel Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4538875-2

22124

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 732384131-3

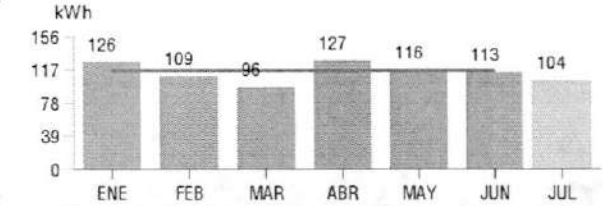
22124

CLIENTE

MARCO HELI CASTILLO LATORRE
3102201756
CL 67 A NO 70 C 84 PI 3
PISO 3
BOGOTÁ, D.C.
EL LAUREL

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 3.1 kWh

VALOR DIARIO: $2,139

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 116 kWh

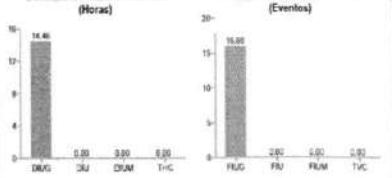
PERIÓDO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
14 JUN/2023 A 17 JUL/2023	33	104 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 15 506 0794
RUTA LECTURA:	3000 5 15 513 0108
MANZANA DE LECTURA:	MS00551013
MEDIDOR NO:	126083
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 37188TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 219.82 CF: 110 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

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

4315

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	29 de Julio 2023 3:50 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yasmin Cristina Reina Mendez

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?* 31.281.638 Cali

4. ¿Cuál es su número de celular? 310.7666976

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Jcarolina125@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra. 101 #6935 S.T.G.

7. ¿Cuál es su edad? * 67

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?*

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1107866421

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)? 3107666976

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Jcarolina125@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4316

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. 101 #69-35 S.T.G.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ Ⓥ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M.

¡Gracias por su tiempo!

4317

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 Yasmin Cristina Reina M. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 31.281.638 de Cali y domiciliado en el barrio Alamos N. (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Yasmin Cristina Reina M.
C.C: 31.281.638 de Cali
Teléfono: 310-7666976
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 318-3050925 (Padre)
Dirección: Cra. 101 #69-35 Int 3 Apto 601 Sabana de Tierra Grata
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Samuel Ruiz Lopez
Número de identificación TI # 1107866421

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.107.866.421**

RUIZ LOPEZ
APELLIDOS

SAMUEL
NOMBRES

Samuel Ruiz Lopez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-2012**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-FEB-2030 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

05-MAR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083531-M-1107866421-20190712 0066357365A 1 1625376806

4319

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.281.638

REINA MENDEZ
APELLIDOS

YASMID CRISTINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-1956
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-OCT-1976 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-42127081-F-0031281638-20041001 03123 04275B 02 154246024

4329

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	1107866421
NOMBRES	SAMUEL
APELLIDOS	RUIZ LOPEZ
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.	CONTRIBUTIVO	13/06/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/25/2023 14:40:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Eficiencia energética

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

Oficina Virtual

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

¡Ten presente!

Hay personas que quieren suplantarnos para pedir dinero.

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN CLIENTES

Con nuestros expertos:

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

Comunícate con nosotros:

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

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

Medios de Pago

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

pse — **Botón PSE**

Bancolombia — **Botón Bancolombia**

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Banco Caja Social · Bancolombia · GNB · Davivienda · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco AV Villas · Davivienda · Red Cade

*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.**

4321

vanti

Más fuentes de energía

Vanti S.A. ESP.

Cuenta o Referencia de pago: **61801141**

Cliente: EUNICE YANNETH GAITAN — Ruta: 00116704600900078OO
Direccion: KR 101 69 0035 I03 00601
Municipio: BOGOTA — Sector: LOS ANGELES — Código Sector 142
Codigo Postal: 000000 — Lote: P03GN — Medidor No.:5057105-108834

33814

vanti listo — CUPO DISPONIBLE

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

4322

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	29 de Julio 2023 2:31 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Luisa María Sanabria

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1.110.493.660

4. ¿Cuál es su número de celular? 3109011022

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * luisamariasanabriaorjuela@6.mail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Carrera 102 #69-81 - 28

7. ¿Cuál es su edad? * 33

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)?* Ivan Danilo Gutierrez Sanabria

*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)?* 1.104.949.082

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)? 3108011022

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Carlosarturoparraparra@6.mail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4323

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 102 # 69-81 Casa 28

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.

16

¡Gracias por su tiempo!

4324

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Luisa Maria Sandoval Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1110493660 de Ibague y domiciliado en el barrio alamos, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X **padre**__, **tutor**__ **cuidador**__
Nombre: Luisa Maria Sandoval
C.C: 1110493660
Teléfono: 3108011022
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cr. 102 # 69-81 casa 28. Montes de Hierba Buena
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1104949087

4325

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.104.949.082**

GUTIERREZ SANABRIA

APELLIDOS

IVAN DANILO

NOMBRES

Iván Danilo Gutierrez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-2012**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-FEB-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

M
SEXO

09-SEP-2019 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-01105951-M-1104949082-20191029 0068464956A 1 6375647752

U326

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.493.660**

SANABRIA ORJUELA

APELLIDOS

LUISA MARIA

NOMBRES

Luisa maria Sanabria

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1990**

IBAGUE
(TOLIMA)

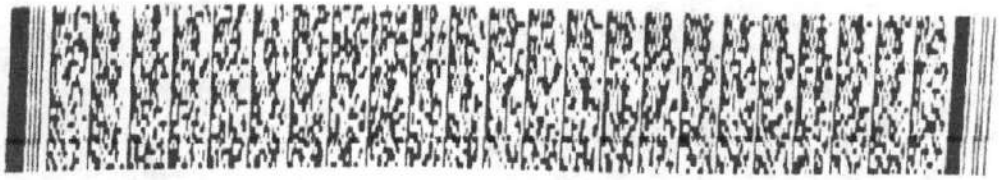
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**B+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

06-FEB-2008 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



4329

Cuenta / Referencia de pago:
61580824

Cliente: DIANA SANCHEZ

Dirección de servicio: KR 102 69 0081 C28 00001

Municipio: BOGOTA

Factura electrónica de venta F15I75369430

Fecha y Hora de Generación: 2023/06/07 10:36:59

Fecha y Hora de Expedición: 2023/06/07 16:52:40

Forma de pago: Crédito 15 días

CUFE: 0b26af80ec1cebf66183675345d302c3048c3bc781dd971516b1a8d5d432b9f3saab112871de643f90992749b24d7

Componentes tarifarios: Gen: 1089.53 Trm: 732.64 Dis: 622.14 Com: 2508.69 Cu: 62.19 Cufe: 3775.0 Cdvm: 2508.69 Cvcm: 0.0 Cccm: 0.0 fpcm: 42.612 M³/kWh de consumo en M³ de gas estimado a: 11.8 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 344.423 DAUR: 0.0 DAUM: 0.0

1 Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZAGUV	CONSUMO GAS	M3	10.0	2.508,69	25.086,90	0,00	25.086,90
ZAGFJO	FIJO	UN	1.0	3.775,00	3.775,00	0,00	3.775,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-1,90	-1,90	0,00	-1,90

Subtotal 28.840,00

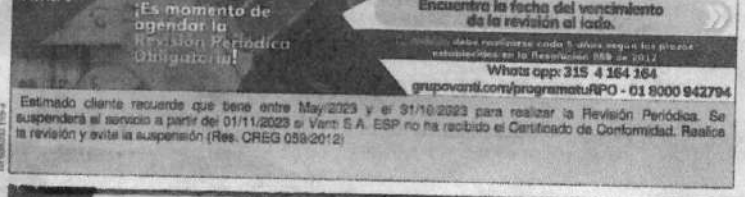
2 Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal 28.840,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica (1) + (2) 28.840,00



Estimado cliente recuerde que debe entre May/2023 y el 31/10/2023 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/11/2023 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

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: 5077101-1008192

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de factura*
Actual 2497	2023-05-04	REAL	
Anterior 2510	2023-06-03	REAL	

Periodo facturado: MAY-2023 JUN-2023

Volumen medido (Vm): 13 Kp: 0.76826 Kt: 1.00496 Pt: 0.77208 Volumen corregido (Vc): 10

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 14.13 Temperatura estándar (Tst): 15.56

Presión estándar (Pst): 1.01008 Presión atmosférica (Pa): 0.759

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

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



(2) Saldo Anterior 0,00

(4) Plan de Pago o Pignus — Saldo — Cuota — Interes — Cuotas

Subtotal 0,00

(5) Descuento de terceros — Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar (1) + (2) - (4) - (5) **28.840,00**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
31/10/2023	23/06/2023	22/06/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor en caso de reconexión: 60.500

Somos grandes contribuyentes Resolución 012230 Diciembre 26/2002 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 17 Jul 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. From (0001) 1 to (0079) del 13/07/2023. Facturación electrónica desde Nº 50000001 Hasta 100000000 con vigencia de 18 meses

ESP - NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Sima Y Young Audit S.A.S Esta factura presta mérito ejecutivo. Art 130 de la ley 142 de 1994

(415)7709998026025(8020)615888343900000000000(96)20230607

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 traves de tu factura de Vanti

¡AFÍLIATE HOY!

Más información al respaldo

Deber y haber

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

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

Con **tu cupo**
vanti Listo
Remodela tu hogar y paga a cuotas* a través de la factura de gas.



Usa tu cupo en nuestros aliados:
Hogar · Almacenar · DormiLife · Samar

Consulta tu cupo en www.vantilisto.com

*Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Consulta las políticas de financiación en: vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P., Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P.

Medios de Pago

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

pse — Botón PSE
Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Banco Caja Social · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha · Banco AV Villas · Davivienda · Éxito

*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: 61580824

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

Cliente: DIANA SANCHEZ — Ruta: 0011670421300005000
Direccion: KR 102 69 0081 C28 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: LOS ANGELES — Código Sector 142
Codigo Postal: 000000 — Lote: P03GN — Medidor No.:5077101-1008192

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE: $ 3.828.000



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 estas 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

CANALES DE ATENCIÓN 24 HORAS

Línea nacional gratuita desde celular
#523 OPCIÓN. 1

Línea de atención 24 horas, Bogotá
601 345 0188

Call Center, Bogotá
601 317 5670 OPCIÓN. 1

Línea nacional gratuita desde fijo
01 8000 115233 OPCIÓN. 1

Bogotá - Colombia
Cr. 11 # 69 - 11

¡AFÍLIATE HOY!

CÁPSULAS DE LA•FE CORSERPARK — En convenio de recaudo con vanti

Al cuidar de tu familia
siempre ganas
Afílialos a
PREVISIÓN EXEQUIAL



4328

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	1104949082
NOMBRES	IVAN DANILO
APELLIDOS	GUTIERREZ SANABRIA
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	28/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/27/2023 11:00:59	**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

4329

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	29 JULIO 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Miguel Alonso Martinez 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?* 80173068

4. ¿Cuál es su número de celular? 3167448259

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * miguelmg05@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 87A # 87 - 22

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1031821220

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)? 3167448259.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * miguelmg05@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4330

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 87A # 87 - 22.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ○ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

L

¡Gracias por su tiempo!

4331

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 Miguel Alonso Martnez G. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80173068 de Bogotá y domiciliado en el barrio Ceretos, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes de Julio. de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: Miguel Alonso Martnez G.
C.C: 80173068
Teléfono: 3167448259
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3177780449.
Dirección: Cra 87A # 87-22.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Sebastian Martnez Manrique
Número de identificación 1031821220

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

4332



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-MAR-2028 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
06-DIC-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-00987110-M-1031821220-20180317 0060106427A 2 1364737453



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.031.821.220
MARTINEZ MANCIPE
APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN
NOMBRES
sebastianmartinez
FIRMA

4333



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

14-SEP-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500110-43086732-M-0080173068-20010420 19362 01066A 02 095343522

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80173068

MARTINEZ GARCIA
APELLIDOS

MIGUEL ALONSO
NOMBRES



FIRMA

Cuenta / Referencia de pago:
63727352

Factura electrónica de venta F15I79171906

Cliente: CONSTRUCTORA OCCIDENTE SAS

Dirección de servicio: KR 87A 87 0022 EDI 02 00201

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/21 06:25:53

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/21 17:37:44

Forma de pago: Crédito 18 días

CUFE: 974385995f3abfd58700dd0fe5c68b2e032efa01b001a6fae736e94bdd5a56d954cb5271e952da6d1d1c4585fef25ae

Componentes tarifarios: Gm: 1056.38 Pm: 894.03 Dm: 607.24 Cm: 2417.38 Pc: 59.73 Cvm: 3811.0 CUvm: 2417.38 Cvm: 0.0 Cm: 0.0
Fpcm: 42.438 M3/m3 Su consumo en M3 de gas equivale a: 189 Kwh y el precio unitario de Kwh es: 224,81 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

① Código	Conceptos de contado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	16.0	2.417,38	38.678,08	0,00	38.678,08
ZACFJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	0,92	0,92	0,00	0,92

Subtotal 42.490,00

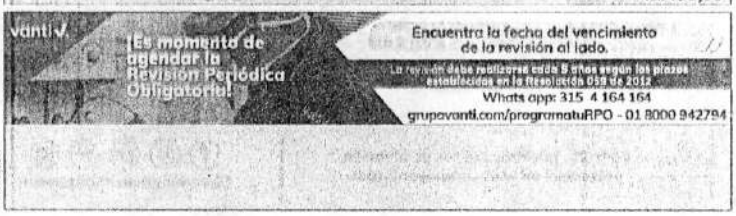
② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal: 42.490,00

IVA: 0,00

Total factura electrónica (1)+(2) 42.490,00



Somos grandes contribuyentes Resolución 012220 Diciembre 26/2022 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-Jul-1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764031165578 del 13/07/2022. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 18 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

Primera Transformadora de Gas de Colombia S.A. E.S.P. NIT 800.152.594-4

vanti 4334

Más formas de avanzar

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

Datos de medición para consumo de gas: Medidor N°: 007120210003795129

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 252	2023-06-17	REAL	
Actual 273	2023-07-18	REAL	

Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023

Volumen medido (Vm): 21 Kp: 0.76826 Kt: 1.00648 Fz: 0.77324 Volumen corregido (Vc): 16

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.7 Temperatura estándar (Te): 15.56

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

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

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



③ Saldo Anterior	0,00

④ Plan de Pago a Plazos	Saldo	Cuota	Intereses	Capital

Subtotal 0,00

⑤ Recaudo de terceros	Total

Subtotal 0,00

Total a Pagar (1)+(3)+(4)+(5) **42.490,00**

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
30/04/2027	09/08/2023	08/08/2023

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

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.coin, valor sugerido $ 4249

(415)7709998026025(8020)63727352(3900)0000000042490

Si suspendiera el servicio por falta de pago o cuando se requiera, en caso de que el inmueble o la medición no la instalación interna y las interfaces de consumo, puede proceder el retiro de acometida corte la empresa y cobrar como a cuenta de los Servicios Públicos Domiciliarios de la Ley 142 de 1994. Sobre el contenido de la presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa de la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de estos antes de la fecha señalada para el pago oportuno. Más información en las líneas de atención al cliente.

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

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

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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

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

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

Medios de Pago

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

pse — **Botón PSE**

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otros entidades

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

*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: **63727352**

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

Cliente: CONSTRUCTORA OCCIDENTE SAS Ruta: 0011460150880005000
Direccion: KR 87A 87 0022 EDI 02 00201
Municipio: BOGOTA Sector: QUIRIGUA Código Sector 347
Codigo Postal: 000000 Lote: P13GN Medidor No.:007120210003795129

vanti Listo — CUPO DISPONIBLE:



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

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

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

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794
Lunes a viernes 7 a.m. [redacted]
Sábados 7 a.m. [redacted]

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

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

Síguenos como @grupovanti

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

43359

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Baloncesto	29/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yisell Monsalve Forigua

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?* 1026287868

4. ¿Cuál es su número de celular? 3228885469

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 112a #74b-72

7. ¿Cuál es su edad? * 29

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

*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)?* 1141119390

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)? 3228885469

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4336

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 112a # 74b - 12

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4337

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 Yisell Monsalve F. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1026287868 de Bogota y domiciliado en el barrio La Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ BalonCesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Yisell Marvelly Monsalve Forigua
C.C: 1026287868 de Bta.
Teléfono: 3228885469
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3123707312
Dirección: Carrera 112A #74b-12

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Miguel Angel Zamora Monsalve
Número de identificación 1141119390

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

4338

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.119.390**

ZAMORA MONSALVE

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES



miguel zamora

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-ABR-2027 **A-** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

11-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00855288-M-1141119390-20161019 **0051**907278A 2 99884061

4339

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.026.287.868
MONSALVE FORIGUA

APELLIDOS
YISELL MARVELLY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

17-ABR-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01258560-F-1026287868-20211004 0075720190A 1 9916074665

Escaneado con CamScanner

4340

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	1141119390
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	ZAMORA MONSALVE
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	20/02/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/29/2023 14:34:31	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 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

4341

Cuenta / Referencia de pago:
61154882

Cliente: PABLO ANTONIO VACA

Dirección de servicio: KR 76 64F 0043 01

Municipio: BOGOTA

Factura electrónica de venta F15179378758

Fecha y Hora de Generación: 2023/07/22 03:15:07

Fecha y Hora de Expedición: 2023/07/24 09:40:02

Forma de pago: Crédito 17 días

CUFE: 74e1b12ea24f5238d5eb7d408ba4ebd488aa1d463be2da4a5e1f9d1f1b7181cc4618109335c7352fc2775306eca9ca4f

Componentes tarifarios: Cmc: 1936.38 Pmc: 864.03 Dmc: 607.34 Cm: 2417.38 Pb: 59.73 Cutem: 3811.0 CUmc: 2417.38 Cuem:0.0 Cam: 0.0
Fpcm:42.438 Vfpm3:Su consumo en M3 de gas resultó a: 224 Kwh y el precio unitario de (Cm +Pb: 322.059 DAUR: 0.0 DAUMR: 0.0

① Código	Conceptos de cobrado	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	19.0	2.417,38	45.930,22	0,00	45.930,22
ZACFIJO	FIJO	UN	1.0	3.811,00	3.811,00	0,00	3.811,00
ZDECENA	AJUSTE DECENA	UN	1.0	-1,22	-1,22	0,00	-1,22
6000049	ASISTENCIA GAS Y HOGAR SERVIHOGAR	UN	1.0	10.378,15	10.378,15	1.971,85	12.350,00

Subtotal 62.090,00

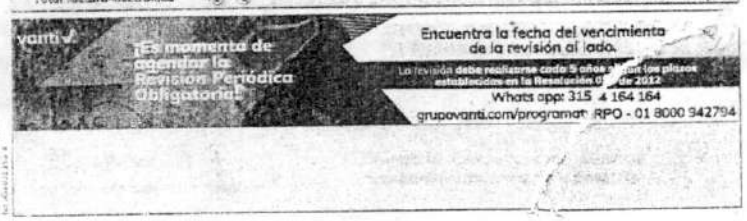
② Código	Conceptos financiados	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total

Subtotal 0,00

Total Items: 3 **Subtotal:** 60.118,15

IVA: 1.971,85

Total factura electrónica ① + ② 62.090,00



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: 5087196-180470

Uso: Residencial Estrato / Categoría: E3 Tarifa: R_E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura:
Anterior 5924	2023-06-17	REAL	
Actual 5948	2023-07-18	REAL	

Periodo facturado: JUN-2023 JUL-2023

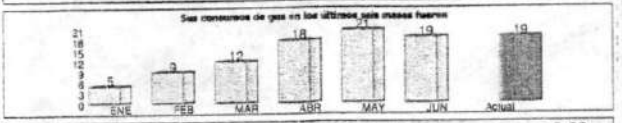
Volumen medido (Vm): 24 Kp: 0.76885 Kt: 1.00648 Pb: 0.77364 Volumen corregido (Vc): 19

Temperatura promedia del ciclo facturación (Tm): 13.7 Temperatura estándar (Tal: 15.56

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

Presión manométrica en medidor (Pm): 0.0234 P3 pv: 1.0

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



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 + ② + ④ + ⑤ 62.090,00

Vencimiento Revisión Obligatoria	Fecha de Suspensión	Pago Oportuno
30/11/2025	09/08/2023	08/08/2023

Después de la fecha de pago oportuno se cobrarán intereses de mora y la 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 $ 6209

(415)7709998026025(8020)61154882(3900)000000000062090

Resolución No. 1548 del 17 de 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Factura No. 1970-0031 hasta 7970-0031 Fecha de Autorización 13/07/2022. Factura electrónica desde 1970-0031 hasta 10000000 con vigencia de 18 meses

Ley 142 de 1994 Artículo 9

Se suspenderá el servicio por falta de pago y cuando se requiera, en caso de que no acepte el incremento de consumo, previo procedimiento establecido en la Resolución CREG 108 de 1997. Para reclamos y peticiones ante la Empresa de Servicios Públicos dirigirse a la Oficina de Atención al Cliente en la dirección de suministro. Sobre el incremento de consumo de gas natural el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso de ellos dentro de los treinta días siguientes a la fecha de expedición de esta factura. Más información en los Puntos de Atención al Cliente.

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 RECIBEN DINERO

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

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

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

Medios de Pago

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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · Itaú* · Banco Caja Social* · Bancolombia* · Banco GNB* · Davivienda* · BBVA* · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria* · Banco Pichincha* · Banco AV Villas* · Davivienda* · Prepay

*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

Cuenta o Referencia de pago: **61154882**

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

Cliente: PABLO ANTONIO VACA
Direccion: KR 76 64F 0043 01
Municipio: BOGOTA Sector: ENCANTO
Codigo Postal: 000000 Lote: P14GN

Ruta: 0011380131860005000
Código Sector 221
Medidor No.:5087196-180470

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE: **$ 3.828.000**



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

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: vantilista.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 10 primas.

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

4342

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	30/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Laura Carolina Rodriguez Vargas

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?* 52491794

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144071194

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * lauracrv94@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 110b #71C-27

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? *

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

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Juan Jose Pinzón 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)?* 1141129603

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)? 3144071194

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * lauracrv94@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4343

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 110b #71c-27

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

☒ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ☒ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ☒ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4344

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Laura Carolina Rodriguez V. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52491704 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio La Granja (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 30 días del mes de Julio de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Laura Carolina Rodriguez Vargas
C.C: 52491704
Teléfono: 3144071194
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3144071194
Dirección: Cra 110 B #71C-27

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan José Pinzón Rodriguez
Número de identificación 1141129603

4345

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.129.603
PINZON RODRIGUEZ

APELLIDOS
JUAN JOSE

NOMBRES
Juan Jose

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-SEP-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
12-FEB-2021 COTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1504600-01222493-M-1141129603-20210316 0073775130A 1 55886826

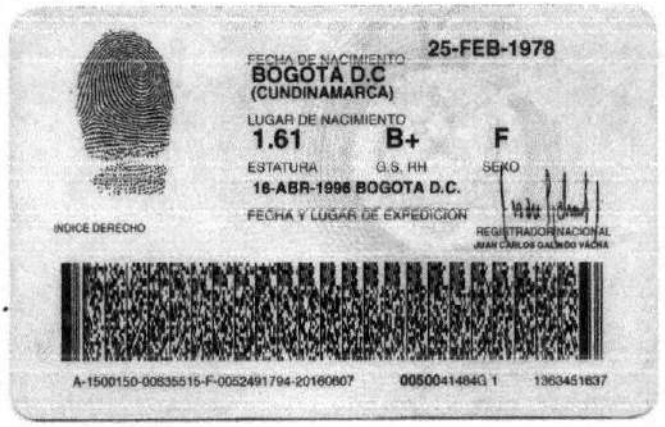
4346



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.491.794
RODRIGUEZ VARGAS
APELLIDOS
LAURA CAROLINA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00835515-F-0052491794-20160607 0050041484G 1 1363451637

4347

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA CAROLINA RODRIGUEZ VARGAS identificado con CC 52491794 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **01/06/2021**

IPS Cotizante: **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
JUAN JOSE PINZON RODRIGUEZ	TI 1141129603	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	01/06/2021	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 30 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.

4348


u hogar del
energía.
6839196-4
CLIENTE
ORLANDO CURREA
PISO 3
BOGOTA, D.C.
VILLA AMALIA
COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA
INFORMACIÓN DE LA CUENTA
CLASE DE SERVICIO:
ESTRATO:
CARGA kW:
FACTOR:
RUTA REPARTO:
RUTA LECTURA:
MANZANA DE LECTURA:
MEDIDOR NO:
MEDIDOR NO:
CALIDAD DEL SERVICIO
Asegurate de que los sellos de caucho de la puerta de la nevera estan limpios y cierren muy bien, para que la temperatura interna se conserve mejor
SHOT ON REDMI 7
AI DUAL CAMERA

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

4349

Cedula

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto	31-07-2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sandra viviana Salamanca Castillo.

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?* 52914760

4. ¿Cuál es su número de celular? 3132276248.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Savisara @ Hotmail. Com.

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 67 B. Bs 112C - 12

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)?* Angel Matias lopez Salamanca,

*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)?* 1111352006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3132276298.

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

435D

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 67 B. Bis 112 C - 12.

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

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!

4351

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Sandra Viviana Salamanca Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52947760 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 __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 X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Sandra Viviana Salamanca Castillo
C.C: . 52947760 Bta
Teléfono: 3132276248
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 67 bbis #112c12 apto 301
Angel Matias Lopez Salamanca
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141135296.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1141135296

Indicativo Serial: 55980269

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	67	☐	☐	☐	DTY

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

** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ**********	SALAMANCA**********

Nombre(s)

ANGEL MATIAS**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes NOV Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	13854303-3*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SALAMANCA CASTILLO SANDRA VIVIANA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52914760 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ CAMARGO JAVIER ESTEBAN**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1014255700 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ CAMARGO JAVIER ESTEBAN**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1014255700 DE BOGOTA**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes DIC Día 05	JAIME ALEJANDRO CASTRO TORRES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-5 TEL. 426 2110

4353

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.914.760**

SALAMANCA CASTILLO

APELLIDOS

SANDRA VIVIANA

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner

4354



FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-DIC-2001 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION Carlos Ariel Sánchez To-

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00477806-F-0052914760-20130930 **0035**173556A 1 1272560382

Escaneado con CamScanner

4355

Salud Total EPS

CERTIFICAQue el (la) señor(a) LOPEZ SALAMANCA ANGEL MATIAS con documento de identidad R 1141135296, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Abril 1 de 2022.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vínculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 30 de Julio del 2023 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

F371-RVA V 1.0 - 2015

FACTURA POR 2 ME

860

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

PABLO GREGORIO LEON CARO EDIFICIO PABLO
CL 67B BIS 112C 12 AP 301

4356

ENGATIVA
MARANDU

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

ZONA: 2 **CICLO:** C2 **RUTA:** C22112B

Datos del medidor

MARCA: ITRON NÚMERO: A17S215208 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **12439063**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **43926827817**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$90.955**

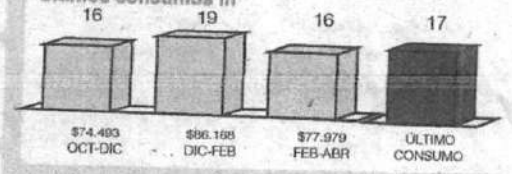
Fecha de pago oportuno: JUL/28/2023

Fecha de suspensión: AGO/02/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	442	CONSUMO (m³)	17
LECTURA ANTERIOR:	425		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





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

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.914,50	$16.915	$6.766-	$10.148,70	$10.149
Consumo residencial básico	17	$3.300,65	$56.111	$22.444-	$1.980,39	$33.667
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$73.026	$29.210-		$43.816
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.039,83	$8.040	$3.216-	$4.823,90	$4.824
Consumo residencial básico	17	$3.395,17	$57.718	$23.087-	$2.037,10	$34.631
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$65.758	$26.303-		$39.455

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1-	
Ben. Min. Vital Total				$23.765-	
Intereses de mora				$50	
Subtotal Otros Cobros ③				$23.716-	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³. Periodo actual: $23.765-

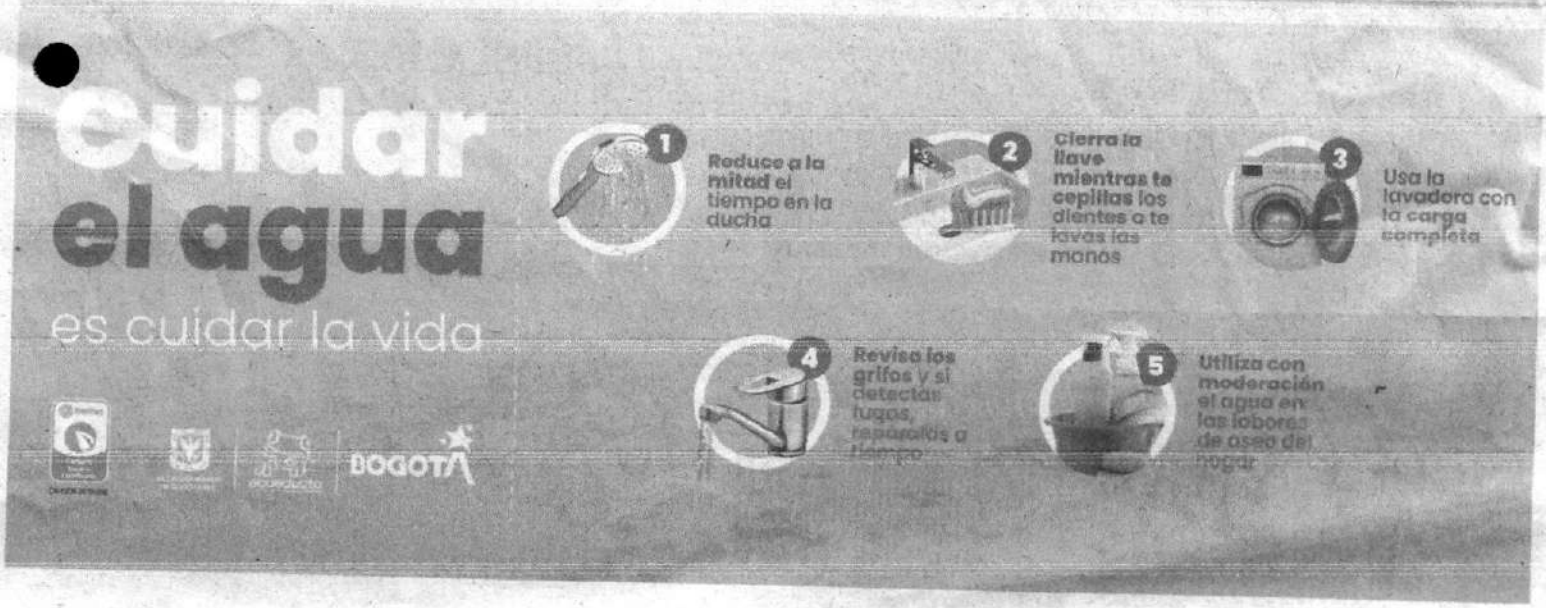
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④: $59.555

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $41.636

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $1.411

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-110001000-10 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.662.855-8



4357

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

Fecha de la inscripción: 31/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Michel Salazar 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?* 1014253431

4. ¿Cuál es su número de celular? 3124555965

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * maico19418@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cl 76 #107b-03

7. ¿Cuál es su edad? * 29

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1016963280

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)? 3124555965

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * maicol9418@hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4358

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 76 # 107b-03

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

12

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4359

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 Michel Salazar Martinez identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1014253431 de Bogotá DC y domiciliado en el barrio Barcos N., (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre__ padre X tutor__ cuidador__
Nombre: Michel Salazar Martinez
C.C: 1014253431 B14
Teléfono: 3124555965
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 76 #107B03

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: James Santiago Salazar Gonzalez
Número de identificación 1016963280

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

4360

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.963.280
SALAZAR GONZALEZ

APELLIDOS
JAMES SANTIAGO

NOMBRES

James Salazar

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
31-OCT-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
16-NOV-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01332336-M-1016963280-20221201 0091946442A 1 8506345306

4361



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.014.253.431

SALAZAR MARTINEZ

APELLIDOS

MICHEL DALLANI

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

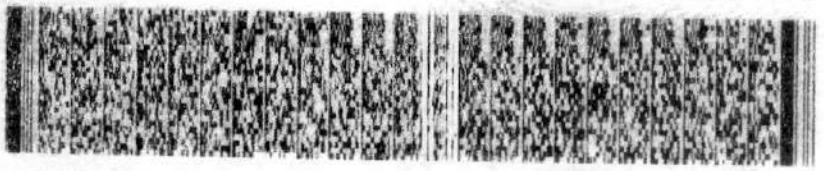
FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-ABR-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00571814-M-1014253431-20140[illegible] 0038477798A 3 1282843733

4362

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	1016963280
NOMBRES	JAMES SANTIAGO
APELLIDOS	SALAZAR GONZALEZ
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	02/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/31/2023 14:47:55	**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.

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensordelcliente.com | denuncias@enel.com

Si necesitas ayuda, comunícate con nosotros.

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



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

ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730523270-0

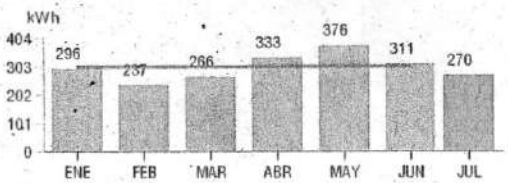
CLIENTE

LUIS ALBERTO SALAZAR
CL 76 NO 107 B - 03

BOGOTÁ, D.C.
GARCÉS NAVAS

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 9.0 kWh

VALOR DIARIO: $6,621

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 303 kWh

PERÍODO FACTURADO: 31 MAY/2023 A 30 JUN/2023

DÍAS FACTURADOS: 30

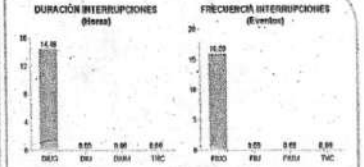
CONSUMO MES 270 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 08 709 1561
RUTA LECTURA:	3000 7 05 718 0547
MANZANA DE LECTURA:	MS00562758
MEDIDOR NO:	72029513
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 9651781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Di: 217.00 CF: 376 MC: 0 NF: 1 Si: 14

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

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 ingresa a 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 5 894 894 denuncias@enel.com | DEFENSOR DEL CLIENTE 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 | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efácil | Reval | 7000 | Bancolombia | 4-72 | MOVIRED | puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Jumbo | Metro

Código QR

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

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:266.64 T: 48.53 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 11.84 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de reclamo previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, bona 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 012026 de 26 de diciembre de 2022.

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

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

En cumplimiento de la resolución CREG 15011 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 consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a la línea (601) 5 115 115, bona de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 06 JUL2023

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

GRUPO: I CIRCUITO: BL37 RBETTH - NIVEL DE TENSIÓN: PROMEDIO. Empresa DOS. FACTURACIÓN: El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

4407
4363

4364

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	31 Julio 2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Gloria Yaneth Cruz Suaréz

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?* 24163719

4. ¿Cuál es su número de celular? 3114483649

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Cruzgloriayaneth829@gmail.com.

6. ¿Cuál es su dirección? * calle 128 #93D-39

7. ¿Cuál es su edad? * 43años

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)?* Andres Felipe Sanabria Cruz.

*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)?* 1012367395

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

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)? 3114483649.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * CruzGloriaYaneth829@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4365

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 128 #93D-39.

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.

T = L

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4366

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 Gloria Yaneth Cruz Suarez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 24163719 de Tibaná (Boyacá) y domiciliado en el barrio Rincón, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional __ 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 X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Gloria Yaneth Cruz S.
C.C: 24163719.
Teléfono: 3114483649
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CL 128 # 930-39.
Andres Felipe Sanabria Cruz
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Andres Felipe Sanabria Cruz
Número de identificación 1012367395

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.012.367.395**

SANABRIA CRUZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES



Andres Felipe Sanabria

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUL-2026 — FECHA DE VENCIMIENTO

O+ — G S RH

M — SEXO

27-JUL-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00742635-M-1012367395-20150830 0046189833A 1 1273510650



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24163719

CRUZ SUAREZ
APELLIDOS

GLORIA YANETH
NOMBRES

gloria Janeth cruz s.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1980
TIBANA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

18-OCT-2000 TIBANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-0730400-33089611-F-0024163719-20010524 04053 01142A 01 095097590

4369

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	1012367395
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	SANABRIA CRUZ
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	01/01/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/18/2023 11:54:19	**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

enel Bogotá

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

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4721235-5

4370

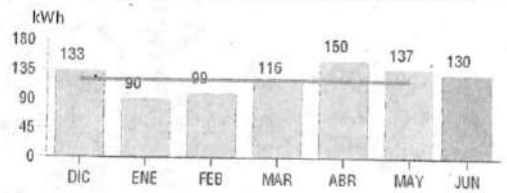
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 727691062-9

CLIENTE

56155

HERNANDO ORTIZ VELASQUEZ
CL 128 NO 93 D - 39 PI 3
PISO 3
BOGOTÁ, D.C.
RINCÓN DE SUBA

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 4.4 kWh

VALOR DIARIO: $1,777

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 120 kWh

PERÍODO FACTURADO: 10 MAY/2023 A 08 JUN/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 130 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	3000 7 11 709 1289
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	3000 7 11 718 0394
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00923744
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	218262
		MEDIDOR NO:	

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





Contáctanos

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

DIRECCIÓN SERVICIO AL CLIENTE Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS 115 Gratuito las 24 horas

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

DENUNCIAS 601 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: MAY/2023
G:266.94 T: 45.53 D: 253.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00 / $730.62 Costo kWh Mes

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 792.95 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 2511 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11 (A) por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 23 de enero de 2002. 074 Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 De 1998

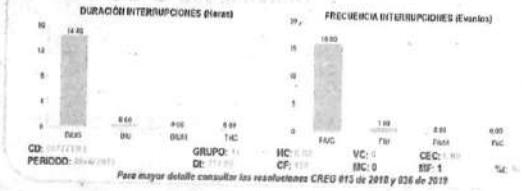
Sobre el concepto de la aplicación de la Corte cuenta con las excepciones de defensa previstas en la Ley 142 de 1994, y podrá tener una de estas antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información Operador de red ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 012220 de 26 de diciembre de 2022.

Cuenta el valor de capacidad proyectado en cada día de la factura, el cual deberá ser cubierto por la empresa para la comercialización.

IMPORTANTE: La vigencia tarifaria de la resolución CREG 074 de 2014, la cual modifica el Cargo de Distribución, se establecieron opciones, actividades y regímenes. Además de las tarifas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 13 JUN/2023

CALIDAD DEL SERVICIO



GD: GRUPO: HC: VC: CEC:
PERIODO: DI: CF: IBC: 0 IIF: 1

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 026 de 2019

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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



Asistencia Protección Hogar
Asistencia Doctor 360
Asistencia Funeral 360

Adquiérelas llamando al (601) 744 7474 o en www.enelxstore.co

enel x

¿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: Nequi, Daviplata, Movii, tpaga

Corresponsales Bancarios: Bancolombia, Davivienda, Tuya, Red Multicolor, Conred, Punto Red, Movired, Reval, efácil

Almacenes de Cadena: Red Distrital, Centros de Servicio, Código QR, RED CADE, enel, Olímpica, Metro

**Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tobería. Si realiza el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que emite el datáfono como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

GRUPO: 1 CIRCUITO: TB07-5577771R1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 - PROPIEDAD: Empresa COO. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, exija el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es soporte válido en caso de reclamo. El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y sé productos y servicios de valor agregado es Enel Colombia S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

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

4371 Cedula

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto	31 Julio 2023 1:00 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Alexandro Valderrama

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?* 1075273258

4. ¿Cuál es su número de celular? 3208967072

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

6. ¿Cuál es su dirección? * cra 70c # 64D - 18

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? *

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

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

*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)?* 1077235557

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)? 3208967072

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4372

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 70c # 64D - 18-

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.

14

¡Gracias por su tiempo!

4378

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Alexandra Valderrama Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1075273258 de Neiva y domiciliado en el barrio San Joaquin (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Alexandra Valderrama
C.C: 1075273258
Teléfono: 3208967072.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3133343383
Dirección: cra 70c #64D-18

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Naomi Zhorick Sierra.
Número de identificación 1077235557.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.077.235.557
SIERRA VALDERRAMA

APELLIDOS
NAOMI ZHARICK

NOMBRES

NAOMI ZHARICK SIERRA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-2011
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-JUL-2029 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

27-SEP-2018 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1900100-01043667-F-1077235557-20181102 0063029735A 2 7135155301

4375

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	1077235557
NOMBRES	NAOMI ZHARICK
APELLIDOS	SIERRA VALDERRAMA
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	19/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/31/2023 14:30:06	**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.

Media DIAN Correo Nueva pestaña Configuración
1 de 4
4396



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:

0558624-3

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 7172957534

23979

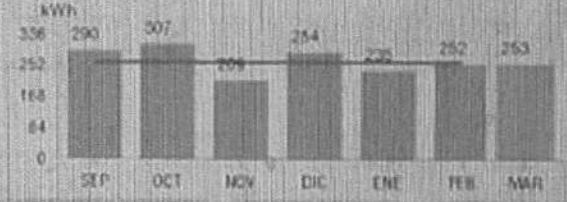
CLIENTE

SENAIDA DEL CARMEN BAEZ CARDENAS
KR 70 C NO 64 D - 18

BOGOTA, D.C.
SAN JOAQUÍN

¡Ahora es más fácil! Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $758.32

CONSUMO DIARIO: 9.0 kWh

VALOR DIARIO: $6.822

PERIODO FACTURADO: 16 FEB 2022 A 16 MAR 2022

DIAS FACTURADOS: 28

CONSUMO MES: 253 kWh

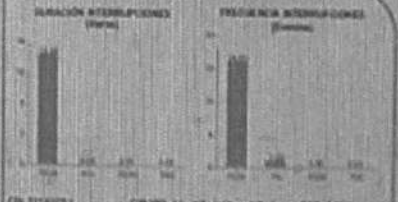
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 269 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Industrial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	5
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 15 507 0775
RUTA LECTURA:	3000 5 15 515 0163
MANZANA DE LECTURA:	MS00550906
MEDIDOR NO:	10035324
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Durante el día, aprovecha siempre que puedas la luz natural evitando recurrir al uso de bombillas.

Contáctanos

Canal Comercial
@EnelClientesCO
WhatsApp 318 890 8003
Chat de servicio en enel.com.co/personas/hogares/atencion-al-cliente.html
Formulario PQRs en enel.com.co/es/personas/hogares/atencion-al-cliente-y-servicios.html

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago
Billeteras Virtuales
APP Enel
Internet
Teléfono Bancos
Cajeros Automáticos
Oficinas Bancolombia
APP Red Bancos Colombia
Botón de Pago Online
Nequi
MOVii
Daviplata
Corresponsales Bancarios
Red Diortal
Centros de Servicio
Código QR
CONRED
Efecty
Reval
Supergiros
Apostar
Gana
Su Red
Movired
Moneygram
RED CADE
enel
Almacenes de Cadena
Éxito
Makro

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2022
Tarifa aplicada Opción Tarifaria: TD1 $/ Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 MARZO

MOVIRED

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2023 — Tarifa aplicada Opción Factoría: 755.32 Costo kWh Mes

RUTA REPARTO:	3000 5 15 507 0775
RUTA LECTURA:	3000 5 15 515 0163
MANZANA DE LECTURA:	MS00550906
MEDIDOR NO:	10035334
MEDIDOR NO:	

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Durante el día, aprovecha siempre que puedas la luz natural evitando recurrir al uso de bombillos.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 21 MAR/2023

1 Total Energía $230,940 + 2 Portafolio Enel X $75,900 = Total a Pagar $306,840

PAGO OPORTUNO 28 MAR/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 30 MAR/2023

PAGO OPORTUNO 28 MAR/2023

TOTAL A PAGAR $306,840

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0558624-3

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 17 ABR/2023

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

ENERGIA	37611		37358	253	$758.32		$191,857
CONTRIBUCION	APORTE DEL 20.00% DEL VALOR FACTURADO						$38,371
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISPUTASTE, TE COSTO $6,233 DIARIOS.						SUBTOTAL:	$230,228

Otros cobros asociados a energía

INTERES MORA CONTRIBUCION (46.26%)	$119
INTERES POR MORA (RES.B- NORE 46.26- E	$594
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-1
SUBTOTAL:	$713

1 TOTAL ENERGÍA $230,940

Otros cobros de productos y servicios

SEGURO ACCIDENTES PERSONAL OP 1	$15,200
SEGURO DE VIDA	$47,800
CONTRATO EXEQUIAL PLUS AF'IN	$12,900

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS $75,900

DETALLE PRODUCTOS Y SERVICIOS - NO VÁLIDO PARA EFECTUAR PAGOS -

LA TASA DE INTERÉS APLICABLE EN CASO DE MORA ES DE: 46.26% E.A.

Enel X es una línea de negocios de Enel Colombia

PRODUCTO: Enel X

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

437

Número de contrato: 490-2023

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

Fecha de la inscripción: 31/07/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Ivone Linette Cardenas Quinemo

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?* 52912695

4. ¿Cuál es su número de celular? 3203415245

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 11 #76-27

7. ¿Cuál es su edad? * 40

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1127024481

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)? 3203415245

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 111 #76-27

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4379

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 Ivonelinette Cardenas Cuineme **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 52912695 de Bogotá y domiciliado en el barrio El Martin (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. **Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y** las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012". Autoriza: si (X) no ( )***

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

Firma quien autoriza, Madre X **padre__, tutor__ cuidador__**
Nombre: Ivone Linette Cárdenas Cuineme
C.C: 52 912695 Btá
Teléfono: 320 341 5245
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 312 553 1650
Dirección: Cra 111 # 76-27

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Diego Isaac Martínez Cardenas
Número de identificación 1127624487

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.127.024.481**

MARTINEZ CARDENAS

APELLIDOS

DIEGO ISAAC

NOMBRES

Diego M

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **02-ENE-2010**

SANTO DOMINGO - DISTRITO NACIONAL

REPUBLICA DOMINICANA

LUGAR DE NACIMIENTO

02-ENE-2028 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

17-MAR-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00697705-M-1127024481-20170419 **0054**995564A 1 48122712

Powered by CamScanner

4381

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.912.695**

CARDENAS CUINEME
APELLIDOS

IVONE LINETTE
NOMBRES

Ivone Cárdenas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1982**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-OCT-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500110-45125342-F-0052912695-20050113 **06345** 05013A 02 153988844

4382

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	1127024481
NOMBRES	DIEGO ISAAC
APELLIDOS	MARTINEZ CARDENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	02/10/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/31/2023 13:56:47 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

4383

Cuenta o Referencia de pago: **61773045**

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

Cliente: EMILIA CUINEME
Direccion: KR 111 76 0027 00101
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000
Sector: GARCES NAVAS
Lote: P08GN
Ruta: 00116701719100050000
Código Sector 362
Medidor No.:5027100-14159

35587

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE:
$ 3.828.000

C1



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

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

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

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

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

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo **164**

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

Síguenos como @grupovanti

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

4384

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Baloncesto	31/07/23

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Claudia Jásquez G.

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?* 52.557.758

4. ¿Cuál es su número de celular? 3182763968

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Dg 86 A 101-90 int 22 Dpto 101

7. ¿Cuál es su edad? * 51

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1141117483

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3182763468

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Diagonal 86 A 101-40 int 22 Apt 101

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ⊗ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

4386

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 Cosgar G. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.557.758 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bcompartir3 (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023: Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre Claudia Cosgar
C.C: 52.557.758
Teléfono: 3182763968
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3114056908
Dirección: Dg 76A 101-90 int 22 apto 101

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Esteban Zamudio
Número de identificación 1111117983

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

4387

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.141.117.483**
ZAMUDIO VASQUEZ
APELLIDOS
JUAN ESTEBAN
NOMBRES

Jua Esteban Zamudio
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-FEB-2026 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-JUN-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-00642910-M-1141117483-20160809 0050618736A 1 1283980170

4388

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **52.557.758**

VASQUEZ GARZON

APELLIDOS

CLAUDIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1971**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

15-ENE-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01290520-F-0052557758-20220413 0078762599A 1 8504358545

4389

VIDA

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	1141117483
NOMBRES	JUAN ESTEBAN
APELLIDOS	ZAMUDIO VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	18/01/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 07/30/2023 20:15:10 | **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 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.

4390



enel | Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1920555-2

60025

CLIENTE

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730505116-6

FUND EMPR PRIVADA COMPARTIR
DG 86 A NO 101 - 40 IN 22 AP 101
INT. 22 APTO.101
BOGOTÁ, D.C.
BOCHICA II

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

60025

(23291)

20.285 - Pago 1 of 2

App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 690 6003

Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
Formulario PQRs en www.enel.com.co en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

CONTRATO: 601 5 894 894

DEUDOR DEL CLIENTE:

¿Factura?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Débito Automático | Cobro Electrónico | APP Enel Clientes Colombia | Botón de Pago Online | MOVII | NEQUI | Tpaga

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

Almacenes de Cadena

Avisos de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Canales de Servicio en pro en el pago más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía [illegible] SUPERCADE Bosa y CADE Soledad.

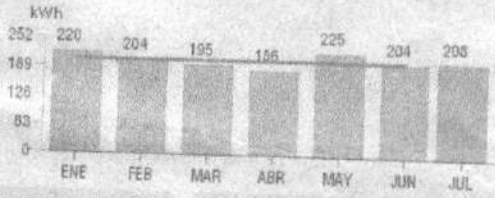
Costo: $4.81 R: 35.16 CP: 0.00 / $685.74 Costo kWh Mes

Vigencia: MAY/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 738.16 Costo kWh Mes

Para mejor [illegible] LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $739.18

CONSUMO DIARIO: 6.9 kWh

VALOR DIARIO: $4.645

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 206 kWh

PERIODO FACTURADO: 31 MAY/2023 A 30 JUN/2023

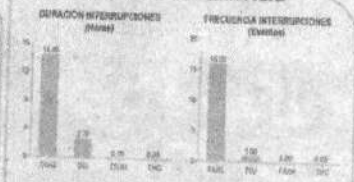
DIAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES: 206 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 05 702 0413
RUTA LECTURA:	3000 7 05 702 0413
MANZANA DE LECTURA:	MS00564420
MEDIDOR NO:	1029222
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



GRUPO: | NC: | VC: | CEC:
PERIODO: | DI: | CF: | EC: 0 | NF: 1 | %I:

Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 015 de 2018 y 106 de 2018

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

No. Cuenta 1920555-2 60025

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar
$139,370		$0		$139,370

PAGO OPORTUNO
13 JUL/2023
FECHA DE SUSPENSIÓN
17 JUL/2023

ENERGÍA

Cuenta de cobro: 1920555-2
Próxima lectura: 01 AGO/2023

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Consumo	x	Factor			
ENERGÍA	42932		42624		308			$739.18		$153.751
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh	X	Valor kWh $739.1872	X	Beneficio -15.00%					$14.414
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $4.645 DIARIOS									**SUBTOTAL:**	$139,337

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:44.04- E	$32
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$1
SUBTOTAL:	**$33**

Cordialmente, - Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $139,370

Otros cobros de productos y servicios

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

PROCESADO
17 JUL 2023

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

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.258

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $638.3091 KWh



4391

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	1 AGOSTO 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * ANGELICA LILIANA PALOMA MURCIA

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?* 1018431834

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103216813

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Alpaloma@misena.edu.co

6. ¿Cuál es su dirección? * CR 89A # 90-41

7. ¿Cuál es su edad? * 33

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)?* MARTIN SANTIAGO PRIETO PALOMA

*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)?* 1016602131

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)? 3103216813

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * alpalomo@misena.edu.co

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

9392

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 89A # 90-41

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.

12

¡Gracias por su tiempo!

4393

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

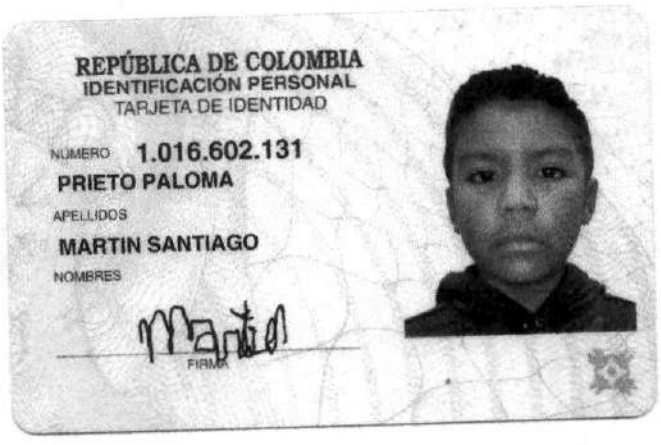
ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICION DE SALUD PARA MAYOR DE EDAD

Yo Angelica Liliana Paloma Murcia mayor de edad e Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1018431834 de Bogotá y domiciliado en el barrio Quiriga E, acepto ser parte del proyecto ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA Baloncesto del contrato cps-490-2023. Entiendo en qué consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me encuentro en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie.*** Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".***

Se firma en Bogotá a los 01 días del mes de Agosto de 2023.

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.016.602.131

PRIETO PALOMA

APELLIDOS

MARTIN SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-2014

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUN-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

M SEXO

23-JUN-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-01241248-M-1016602131-20210624 0074735171A 1 8502262282



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.018.431.834

PALOMA MURCIA

APELLIDOS

ANGELICA LILIANA

NOMBRES

Angelica Liliana Paloma M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-ENE-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00337728-F-1018431834-20110928 00281463134 1 1211517497

9396

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTIN SANTIAGO PRIETO PALOMA identificado(a) con TI 1016602131 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/04/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

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

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
FRANCISCO PRIETO BRICEÑO
KR 89A 90 41 IN 7

4397

ENGATIVA
LOS CEREZOS

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

ZONA: 2 **CICLO:** F2 **RUTA:** F22233A

Datos del medidor
MARCA: WATERTECH NÚMERO: 09-9152615 TIPO: VELO01572 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10211345**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **37288073911**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$148.600

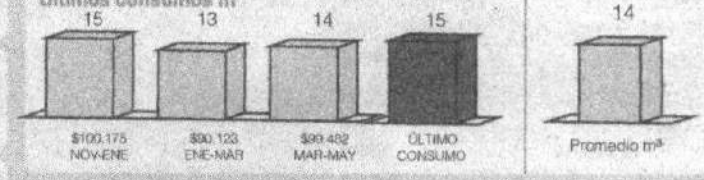
Fecha de pago oportuno AGO/04/2023

Fecha de suspensión AGO/10/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1119	CONSUMO (m³)	15
LECTURA ANTERIOR:	1104		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



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

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/24/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/27/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.003,14	$17.003	$2.550-	$14.452,67	$14.453
Consumo residencial básico	15	$3.317,81	$49.767	$7.465-	$2.820,14	$42.302
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$66.770	$10.015-		$56.755
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.081,06	$8.082	$1.212-	$6.869,68	$6.870
Consumo residencial básico	15	$3.412,52	$51.186	$7.678-	$2.900,64	$43.510
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$59.270	$8.890-		$50.380

Otros Cobros	No. Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$5	
Subtotal Otros Cobros (3)			$5	

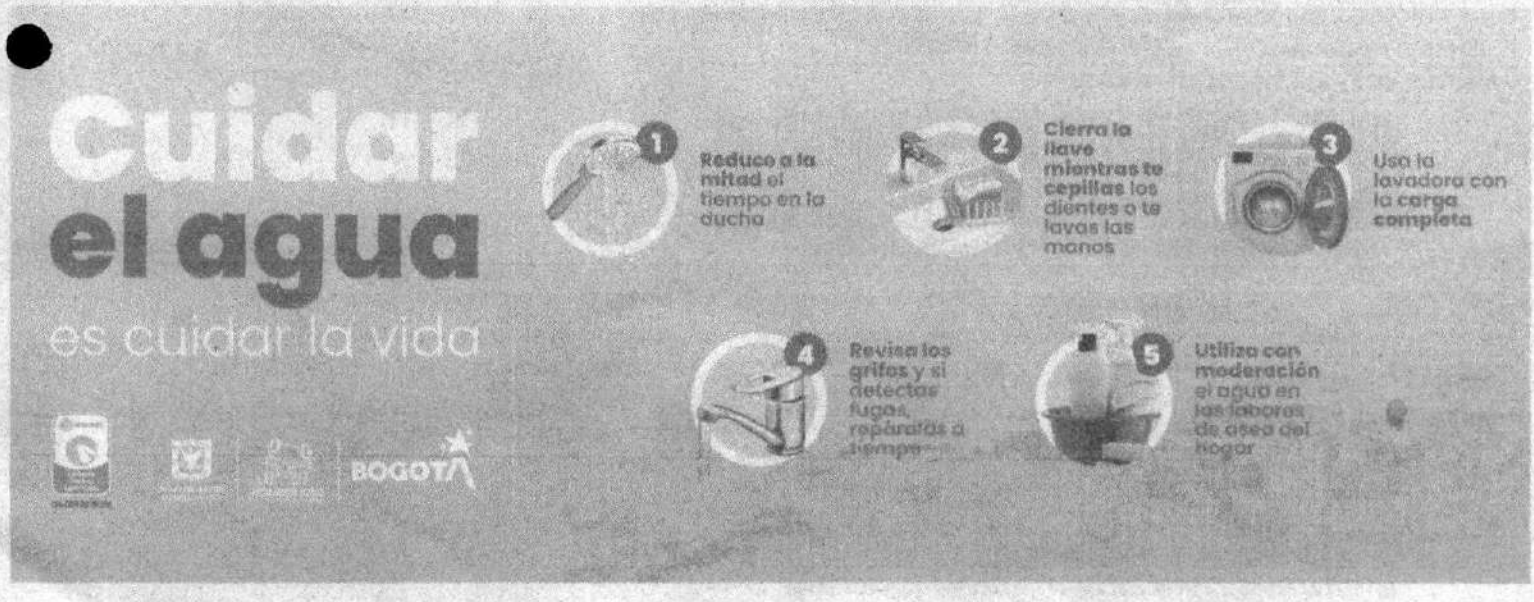
Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	$0

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Período actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1) + (2) + (3) + (4) $107.140

CONSUMO MES $53.568 CONSUMO DÍA $1.756

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



4348

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	Baloncesto	01-08-2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Edith Consuelo Quintana 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?* 52331690

4. ¿Cuál es su número de celular? 3134915220.

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * EBONQuintana@Hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * C1166A Nº72 A-12.

7. ¿Cuál es su edad? * 48.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1220217148

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)? 3134915220.

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * ECON Quintana@Hotmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? C116 A N°72-A 12

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

4400

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 Consuelo Quintana 6 Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52331690 de Bta y domiciliado en el barrio La Ponderosa (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__

Nombre: Consuelo Quintana 6.

C.C: 52331690

Teléfono: 3115824996-3134915220.

Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Dirección: Cll 66A #72A12

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Daniela Arciniegas Quintana

Número de identificación 1220217148.

4401

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.220.217.148**

ARCINIEGAS QUINTANA

APELLIDOS

LAURA DANIELA

NOMBRES

Laura Arciniegas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-ABR-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-ABR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G.S. RH

F SEXO

20-MAY-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01235458-F-1220217148-20210526 0074484202A 1 8502058609

4407

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	1220217148
NOMBRES	LAURA DANIELA
APELLIDOS	ARCINIEGAS QUINTANA
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	07/04/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/31/2023 07:25:12	**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

FACTURA POR 2 MESES

13800

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
PABLO EMILIO QUINTANA
CL 66A 72A 12

ENGATIVÁ BOYACA

FACTURA ESCRITO EN ACTUAL

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

ZONA: 2 **CICLO:** B2 **RUTA:** B22067

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 12059301 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10218538**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **37894634510**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$782.660

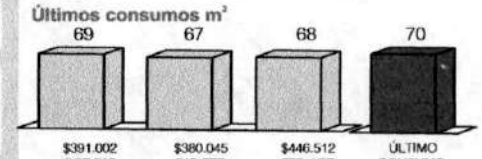
Fecha de pago oportuno **JUL/26/2023**

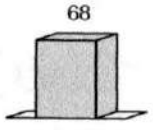
Fecha de suspensión **JUL/31/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2332	CONSUMO (m³)	70
LECTURA ANTERIOR:	2262		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





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

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/12/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/18/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.894,55	$16.895	$2.535-	$14.360,36	$14.360
Consumo residencial básico	22	$3.296,79	$72.529	$10.879-	$2.802,27	$61.650
Consumo residencial superior a básico	48	$3.296,79	$158.246	$0	$3.296,79	$158.246
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ❶			**$247.670**	**$13.414-**		**$234.256**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.030,34	$8.030	$1.204-	$6.825,80	$6.826
Consumo residencial básico	22	$3.391,27	$74.608	$11.191-	$2.882,58	$83.417
Consumo residencial superior a básico	48	$3.391,27	$162.781	$0	$3.391,27	$162.781
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ❷			**$245.419**	**$12.395-**		**$233.024**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Subtotal Otros Cobros ❸				**$0**	

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 **$467.280**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO **$233.640** CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO **$7.920**

Cuidar el agua
es cuidar la vida


1 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha


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


3 Usa la lavadora con la carga completa


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


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

BOGOTÁ

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 12.07.2023

MIÉRCOLES 7 DE SEPTIEMBRE
9:00-10:00

Enlace EDITORIAL

Cuentería- transición y primaria
Standup Comedy- bachillerato

10:40-12:10

AUAMBARI
Aula ambiental artística itinerante

- **Cuentos ancestrales**
- **Danzas Ambientales**
- **Taller sombras chinescas**

ENGLISH IMMERSION
"SOUL OF THE GAMES"

Potenciar el vocabulario de deportes en un contexto lúdico y recreativo, ajeno a la cotidianidad de las clases, para sumergir de esta manera a toda la comunidad educativa en la cultura anglosajona



CLUB DEPORTIVO
EL TABLAZO

CON EL PATROCINIO DE
LA TIENDA ESCOLAR

JUEVES 8 DE SEPTIEMBRE
Show de talentos - Mundo aventura

VIERNES 9 DE SEPTIEMBRE

Proyectos 9°10°11°
ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA INNOVACIÓN Y PROMOVER UNA EDUCACIÓN DE CALIDAD



Fomentar el desarrollo Sostenibles a través de diversas actividades que promuevan la educación de calidad, mediante aportes artísticos y culturales que involucren la creatividad y la innovación.

SPELLING BEE

Competencia de deletreo de una amplia selección de palabras en inglés

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

- **PISTA DE PERICIA Transición 1° y 2°**
- **BICIPENSANTE 5°6°7°8°9°**
- **¿QUÉ SABES, QUÉ SABES? 10°11°**

TALLERES LÚDICOS DIRIGIDOS POR LA PERSONERA - 6°7°8°9°10°11°

TALLERES LÚDICOS DIRIGIDOS POR EDIARTE- T1°2°3°4°5°

- **TALLER ORIGAMI**
- **TALLER PLASTILINA**
- **TALLER MACRAME**
- **CLASE DE ZUMBA**

ediarte

CENTRO COMERCIAL DE EDUCACIÓN MEDIA MARGARITA BOSCO

SEMANA CULTURAL 2022



EN HOMENAJE
A LOS 150 AÑOS
DE LAS HIJAS DE MARÍA
AUXILIADORA

¡Divertido

Semana Cultural

4404

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

Fecha de la inscripción: 01/03/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Laura Ximena Zabaleta Gallo

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?* 1013614425

4. ¿Cuál es su número de celular? 3197700850

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * law.xime090@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 72F # 113a-35

7. ¿Cuál es su edad? * 32

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1010968235

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)? 3197700850

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * law.ximeo90@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cl 72F #113a-85

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!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4406

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Laura Ximena Zabaleta G. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1013614425 de Bogotá y domiciliado en el barrio Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023: Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Laura Zabaleta
C.C: 1013614425
Teléfono: 3197700850
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 2
Dirección: Calle 72F Nº113a-85

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Valentina Molano
Número de identificación 1010968235

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

4409

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.010.968.235**
MOLANO ZABALETA

APELLIDOS
JUANA VALENTINA

NOMBRES

Juana M

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-2014**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-NOV-2032 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

14-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01277005-F-1010968235-20220119 0077891884A 1 8503833337

4402



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.614.425
ZABALETA GALLO

APELLIDOS
LAURA XIMENA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

13-AGO-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00078724-F-1013614425-20080925 0003717004A 1 28651655

4409

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **JUANA VALENTINA MOLANO ZABALETA** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIDAD** número **1010968235** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1010968235
NOMBRES Y APELLIDOS	JUANA VALENTINA MOLANO ZABALETA
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/01/2017
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	339
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **31/07/2023**

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

4410



Contáctanos

Enel Colombia | App Enel Clientes Colombia | Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/ch et-de-atencion.html
@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 8003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co version Hogares / haz click en Radicacion de Peticiones, Quejas o Reclamos

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

Medios virtuales de Pago | Billetera Virtual

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

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

CONRED efectivo Reval RED CADE

** Por disposición de la CREG, no estamos recibiendo pagos de los cuales desconozca el número de cuenta. Consulte nuestros puntos de recaudo en www.enel.com.co/es/personas/pagos.html. Si no se relaciona el pago en el sistema, por favor envíe el soporte de pago a Servicio de Clientes a través de nuestra página web en la sección SUPERCADE Suba, SUPERCADE Zona y CADE Tabora.

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 ECONÓMICA 3511 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 con el Código Internacional Unidad Recaudadora No. 8247 de 25 de enero 1993. IVA Régimen Común Cuenta de Ahorro RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1997

Suscribir el contenido de la presente factura el Cliente acepta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de los mismos dentro de los términos previstos para ejercer oportunidad. Para mayor información comunicarse al: (601) 5 115 115, línea de Bogotá y al 01 8000 912 115, o en municipios Cundinamarca Servicio al Cliente, Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 00012589 de 30 de diciembre de 2022.

Todo el valor de prestación de cualquier elemento de medición y en relación con el cobro suspendido por orden de la Empresa de venta a los usuarios de (en) con el

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución CREG 029 de 2014, la cual establece el Código de Medida, en el cual se establecen obligaciones, derechos y responsabilidades relativas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información de los mismos y sus actualizaciones puede consultar en la página WEB ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. o en nuestras oficinas de Servicio al Cliente.

IMPORTANTE: Se comunica que a partir de la expedición de la Resolución CREG 029 de 2014, la cual establece el Código de Medida, en el cual se establecen obligaciones, derechos y responsabilidades relativas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información de los mismos y sus actualizaciones puede consultar en la página WEB ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. o en nuestras oficinas de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 05 JUL2023

GRUPO ENEL - ENDESA - ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y los productos y servicios de valor agregado de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Si realiza el pago en un punto presencial bancario, exige el desprendible que emite el datafono como soporte del pago. El recibo del cajero personal no es un soporte valido en caso de reclamo.

enel Bogotá

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

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

3655873-2

earth pact ECOLÓGICO

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730276616-0

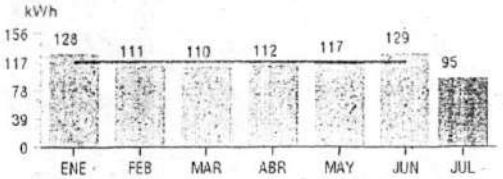
29477

CLIENTE

URBE CAPITAL URBE CAPITAL
CL 72 F NO 113 A - 85 TO 5 AP 603
TORRE 5 APARTAMENTO 603
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 3.1 kWh

VALOR DIARIO: $2,134

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 113 kWh

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

DÍAS FACTURADOS: 30

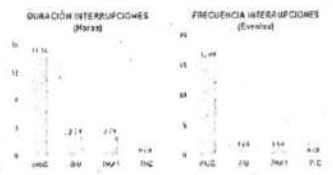
CONSUMO MES 95 kWh

Entregue su factura de energía en el punto de recaudo más cercano

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 510 0805
RUTA LECTURA:	3000 5 04 507 0342
MANZANA DE LECTURA:	MS00564774
MEDIDOR NO:	11078281
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: GRUPO: NC: VC: CEC:
PERIODO: Dc: CF: MC: 0 MF: 1 TC:

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 026 de 2019

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

29477 (15207) 448 - Page 1 of 2

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=		PAGO OPORTUNO 12 JUL/2023
$64,100		$0		$64,100	FECHA DE SUSPENSIÓN 14 JUL/2023

ENERGÍA — NÚMERO DE FACTURA: 3655873-2 — PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 31 JUL/2023

Tipo de Lectura: Real — Situación encontrada: Normal

CONCEPTO	CONSUMO		TARIFA		CONSUMO		VALOR	=	FACTURA
ENERGÍA	19902	-	19807	=	95	X	$792.95	=	$75,331
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 95 kWh X		Valor kWh $792.9529	X	Beneficio -15.00%				$-11,300
							SUBTOTAL:		$64,031

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.134 DIARIOS

Otros cobros (sociales y multas)

INTERES POR MORA (RES 6-- NORE:44,64- E	$69
SUBTOTAL:	$69

1 TOTAL ENERGÍA $64,100

Otros cobros de productos y servicios

Para conocer y consultar el detalle de los productos y servicios a través de los cuales el Cobro en el pago y vea el consumo en la FACTURA VIRTUAL desde www.cedensa.com.co en la opción Pagos en

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $89.296

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $674.0108 KWh



Asistencia Protección Hogar
Asistencia Doctor 360
Asistencia Funeral 360

Adquiérelas llamando al (601) 744 7474 o en www.enelxstore.co

enel x

PAGO OPORTUNO 12 JUL/2023

TOTAL A PAGAR $64,100

(415)7707209914253(8020)0136558732730276616O(3900)0000000064100

NÚMERO DE CLIENTE 3655873-2

Factura de Servicios Públicos No. 7302766l6-0

(4411)

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

Fecha de la inscripción: 02/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Astrid Yesenia Castañeda Rueda

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?* 1057690469

4. ¿Cuál es su número de celular? 3112778184

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 109a # 76d-05

7. ¿Cuál es su edad? * 30

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)?* Allixon Dayana Arciniegas Castaneda

*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)?* 1161963265

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)? 3112778184

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4412

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 109A #76D-65

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XL

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Astrid Yesenia Castañeda Rueda Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1057690464 de Sutatenza y domiciliado en el barrio Garces Navas (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Balon Cesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá Dc a los 02 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Astrid Yesenia Castañeda Rueda
C.C: 1057690464
Teléfono: 3162778184
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3112778184 - 3112394919
Dirección: cra 109a #76d-5

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Allison Dayana Arciniegas Castañeda
Número de identificación 1161963265

4414

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.161.963.265**

ARCINIEGAS CASTAÑEDA

APELLIDOS

ALLIXON DAYANA

NOMBRES

Allixon Arciniegas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-2010**

GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-AGO-2017 SUTATENZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0729200-00960525-F-1161963265-20171201 0058682545G 1 48894139

4415



FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-1993**

SUTATENZA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-JUN-2011 SUTATENZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0729200-00336616-F-1057690464-20110918 **00281**09922G 1 30096242

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.690.464**

CASTAÑEDA RUEDA

APELLIDOS

ASTRID YESENIA

NOMBRES

FIRMA



4446

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 1161963265
NOMBRES Y APELLIDOS	Arciniegas Castañeda,Allixon Dayana
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castañeda Rueda,Astrid Yesenia, a los 01 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4447

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

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

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

NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO

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

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

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

Medios de Pago

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 · 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: 63469723

vanti
Más formas de ave
Vanti S.A. E

Cliente: JAIRO CIFUENTES — Ruta: 0011670128366005200
Direccion: KR 109A 76D 0005 02 00001
Municipio: BOGOTA — Sector: GARCES NAVAS — Código Sector 362
Codigo Postal: 000000 — Lote: P08GN — Medidor No.:5007114-1004486

vanti Listo — CUPO DISPONIBL $ 3.828.00



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 fi

Línea de WhatsApp (315) 4 164 164
Línea de Atención al Cliente
Bogotá: (601) 3 078 121 • Bucaramanga: (607) 6 854 755
Municipios: 01 8000 942 794
Lunes a vierr 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

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

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

Síguenos como @grupovanti

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

4418

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	BALONCESTO	2 de agosto / 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Fanny Santana Rincón

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?* 52409538

4. ¿Cuál es su número de celular? 3004276794

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * fannysrco7@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 75 # 63f-41 primer piso

7. ¿Cuál es su edad? * 44 años

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1014992527

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊗ Si ¿Cuál es el número de registro? 1014992527 ○ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 75 #63f-41 primer piso

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

4420

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 Fanny Santana R identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.409538 de Bogotá y domiciliado en el barrio El Encanto (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ BALONCESTO Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si X no ( )*

Se firma en Bogotá a los 2 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Fanny Santana R
C.C: 52409538
Teléfono: 3004276794
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3112751764
Dirección: Cra 75F #63C-41

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan David Zapata S.
Número de identificación 1014942527

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

4421

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.014.992.527

ZAPATA SANTANA
APELLIDOS

JUAN DAVID
NOMBRES

Juan David Zapata Santana
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-ABR-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

04-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR
JUAN CARLOS

P-1500150-00846526-M-1014992527-20160903 0050882042A 1 127404

4427

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.409.538**

SANTANA RINCON

APELLIDOS

FANNY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1979**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

23-MAY-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00009561-F-0052409538-20080530 0000333475A 1 1990018493

4423

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	1014992527
NOMBRES	JUAN DAVID
APELLIDOS	ZAPATA SANTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/13/2023 17:22:23	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.

aseo

BOGOTA LIMPIA

901 144 843 -9

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

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

BOGOTÁ

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **12321278**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **10942220418**

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

DATOS DEL USUARIO

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

COMPONENTES DE TARIFAS

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

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

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

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

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

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$53.006	Ajuste a la Decena	$5-
Subsidio	$7.951-		
Subsidio	15%		
Aporte	00%		

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

VALOR ASEO $ 45.050

PAGUE EN

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

pse puntopay tpaga plata

Punto de Pago

SOPORTE 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 Cargo Fijo Mensual
TASA DE USO	$23,57	$27,73	$546
TASA RETRIBUTIVA	$72,70	$85,53	$1.685

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.174-5

FACTURA DE COBRO No. 10942220418 - 12321278
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	NELSY YADIRA TELLEZ AREVALO
MAY/01/2023 - JUN/30/2023	KR 75 63F 41 PI 1

(415)7707200489996(8020)109422041 81(3900)000000045050

TOTAL ASEO $45.050

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 10942220418 - 12321278
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	NELSY YADIRA TELLEZ AREVALO
ABR/21/2023 - JUN/20/2023	KR 75 63F 41 PI 1

(415)7707200485271(8020)109422041 89(3900)000000152710

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $152.710

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 11.07.2023

4425

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: 12:38 pm
490 - 2023	Baloncesto	03 de Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Andrea carolina correa olave

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?* 1098679191

4. ¿Cuál es su número de celular? 3106803730

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

6. ¿Cuál es su dirección? * carrera 107 # 69 b 17

7. ¿Cuál es su edad? * 33

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1033108851

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)? 3106803730

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * andreaokaveospina8@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4426

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 107 #69 b 17.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

16 talla

¡Gracias por su tiempo!

4427

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 carolina correa Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1098699191 de Bucaramanga y domiciliado en el barrio villas d, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 03 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Andrea olave
C.C:
Teléfono: 3106803730
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: carrera 109 # 69 b 19
Daniel felipe jones
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1033108851

4428

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.033.108.851
JONES CORREA

APELLIDOS
DANIEL FELIPE

NOMBRES

Daniel Jones

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

08-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01254898-M-1033108851-20210910 0075585607A 1 8502858638

4429



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.679.191

CORREA OLAVE

APELLIDOS

ANDREA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1989

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-DIC-2007 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2700100-00132985-F-1098679191-20081202 0007412116A 1 26324581

4430

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **DANIEL FELIPE JONES CORREA**; identificado(a) con **TI** número **1033108851**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **02/12/2021**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **26** días del mes **7** del año **2023**

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

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

4431

20943

¿Cómo se calcula el valor de la factura de energía?

En nuestro podcast **#EnergíaParaLaVida**, te contamos las razones principales por las que varía la tarifa de energía y qué puedes hacer para controlar tu consumo.

Ponte los audífonos y escúchalo ya:



Contáctanos

- Enel Colombia
- @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.

EMERGENCIA SERVICIAL CLIENTE	ELECTROCHOQUES	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 8 115 115	115 Opción 1	601 8 894 894	

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cobro Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de Pago Online

Billetera Virtual

MOVII · tpaga

Corresponsales Bancarios

CONRED · efácil · Reval · TODO · Bancolombia · MOVIRED · puntored

Red Distrital

RED CADE

Centros de Servicio

enel

Almacenes de Cadenas: Jumbo · Alkosto

Código QR

** Por restricciones sanitarias registraremos ciertas de los puntos de recaudo en algunas de nuestras 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 Bobs, SUPERCADE Bosa y CADE Soberbi.

COMPONENTES TARIFARIOS | Componentes del costo:	Vigencia: MAR/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:360.90 T: 52.36 D: 265.96 CV: 87.66 PR: 70.89 R: 17.36 CP: 0.00	$805.41 Costo kWh Mes	773.49 Costo kWh Mes

ACTUANDO ECONÓMICA 2013 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 24 por ord. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 05 de enero 2006. Gran Contribuyente Cuenta CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1998

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de control previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos antes de la fecha señalada para dicho objetivos. Para mayor información comuníquese al (601) 8 115 115, línea de Bogotá al (1) 8000 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 012200 de 29 de diciembre de 2022.

"Sobre el acto de suspensión: contará el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa dentro de la oportunidad 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 1547 | 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 para COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 8 Bogotá al (1) 8000 915 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 MAY2023

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

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2147912-3

20943

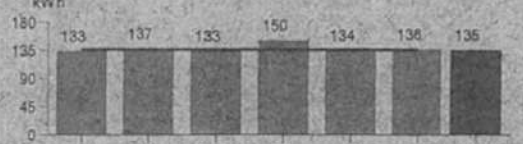
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 722532622-2

CLIENTE

MARITZA GOMEZ PINZON
KR 107 NO 69 B - 17
P 2 VILLAS DEL DORADO
BOGOTÁ, D.C.
SAN ANTONIO ENGATIVA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $773.49

CONSUMO DIARIO: 4.5 kWh

VALOR DIARIO: $1,805

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 136 kWh

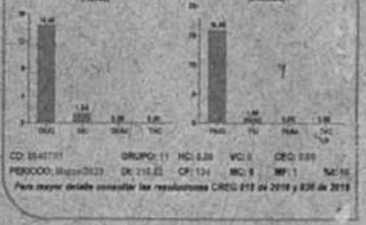
PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES
28 MAR/2023 A 27 ABR/2023	30	135 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 504 0944
RUTA LECTURA:	3000 5 03 510 0162
MANZANA DE LECTURA:	MS20615133
MEDIDOR NO:	19359167
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Apaga todas las luces de la casa que no estés usando.

(5581) 13,776 Page 1 of 2

No Cuenta 2147912-3 20943 13.777 - Page 2 of 2

1 Total Energía $54,150 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $54,150

PAGO OPORTUNO 10 MAY/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 12 MAY/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA 2147912-3

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 29 MAY/2023

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual		Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	1036		901		135		$773.49		$104,422
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh	X	Valor kWh $773.4964	X	Beneficio -50.00%				$-50,277
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTÓ $1,806 DIARIOS							SUBTOTAL:		$54,145

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES 6 - NORE:47.09- E	$9
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-4
SUBTOTAL:	$5

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

Otros cobros asociados a energía + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $54,150

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

En caso de no encontrar en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $66.256.

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $386.7482 KWh



Aviso importante

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

Estamos tomando medidas para mitigar el impacto.

enel

PAGO OPORTUNO 10 MAY/2023

TOTAL A PAGAR $54,150

(415)7707209914253(8020)012147912372253262222(3900)000000000054150

NÚMERO DE CLIENTE 2147912-3

Factura de Servicios Públicos No. 7225326222

4437

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.: Bdoncesto.

Fecha de la inscripción: 03/08/2023.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Cristian Fernando Bogota 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?* 3087720

4. ¿Cuál es su número de celular? 3102284732

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * CristianFbogota@Gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * carrera94J80b16

7. ¿Cuál es su edad? * 38

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

11. ¿Cuál es el nombre completo de su representado(a)?* Juan Ricardo Bogota 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)?* 1011216723

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)? 3102284732

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 94 J # 80 B - 16

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

4434

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 Cristian Fernando Bogota Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 3087720 de LA VEGA. y domiciliado en el barrio QUIRIGUA. (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto. Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 03 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: Cristian Fernando Bogota
C.C: 3087720
Teléfono: 3102284732.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3138976632
Dirección: carrera 94J 80b16

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Ricardo Bogota Rodriguez
Número de identificación 1011216723

4485

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.011.216.723**
BOGOTA RODRIGUEZ

APELLIDOS
JUAN RICARDO

NOMBRES

Juan Ricardo

FIRMA





INDICE DERECHO

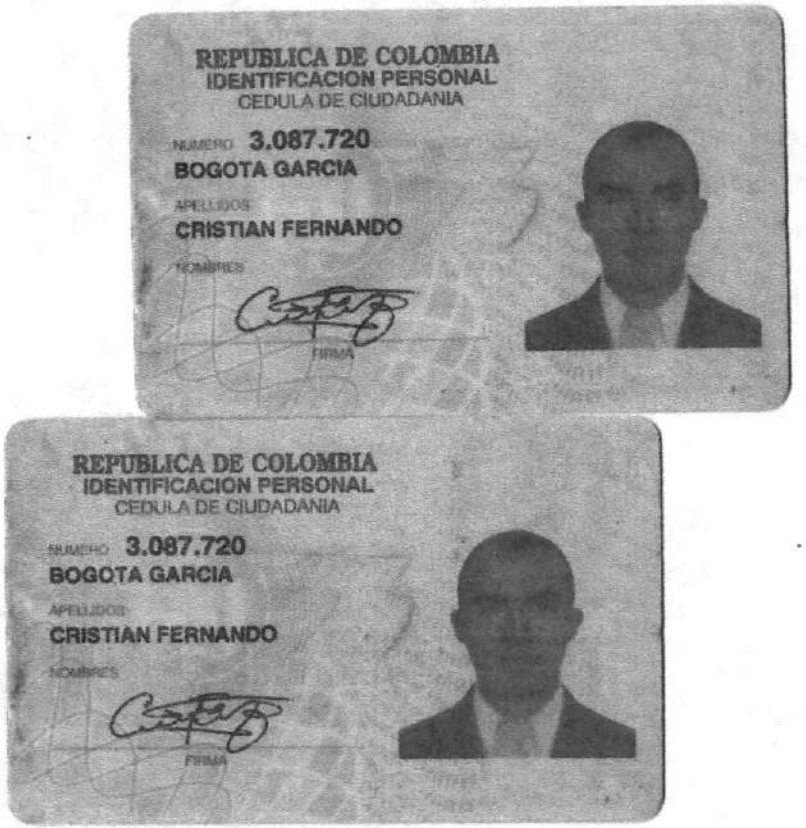
FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-FEB-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

07-OCT-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01108954-M-1011216723-20191109 0068818055A 1 8500002703



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.087.720
BOGOTA GARCIA

APELLIDOS
CRISTIAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.087.720
BOGOTA GARCIA

APELLIDOS
CRISTIAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1985

MADRID
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

03-ABR-2003 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1515100-00745275-M-0003087720-20150911 0046363673A 1 42899006

4437

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 1011216723
NOMBRES Y APELLIDOS	Bogota Rodriguez,Juan Ricardo
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rodriguez Castillo,Jully Andrea, a los 03 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4478

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:

1990679-8

12167

12167

(8418)

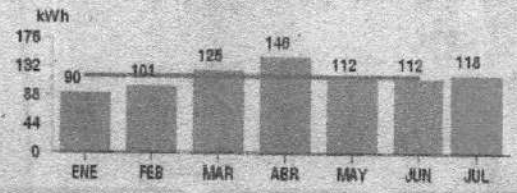
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733248424-7

CLIENTE

INSCREDIAL
KR 94 J NO 80 B - 16 PI 3
TERCER PISO
BOGOTÁ, D.C.
QUIRIGUA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 3.5 kWh

VALOR DIARIO: $2.427

PERÍODO FACTURADO: 21 JUN/2023 A 24 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 33

CONSUMO MES 118 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 20 505 0251
RUTA LECTURA:	3000 5 20 508 0260
MANZANA DE LECTURA:	MS00561810
MEDIDOR NO:	1558747
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 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

Si realizas el pago en una cervecería o bancaria, exige el desprendible que sella el dispositivo como soporte de pago. El valor del consignado no es un soporte válido en caso de reclamo.

Factura impresa Operador de Información de Servicios ENEL 860.063.875-8

19.597 - Page 1 of 2

12167

DEFENSOR DEL CLIENTE

Si necesitas ayuda, comunicate con nosotros.

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

Contáctanos

Enel Colombia
@EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia
WhatsApp 316 890 6003
Chat de servicio en línea en la sección "Puntos de atención Virtual"
Formulario PQRs en www.enel.com.co, ingresa y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos

Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 | Resto del país 115 | 601 5 804 264 | defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, Ipaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, Tpago, Transfiya, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Alkosto, Makro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos cierres de los puntos de recaudo en alguno de nuestros Centros de Servicio. Consulte nuestra página en www.enel.com.co para más información. Si tal es el caso, el pago de la factura de energía en el SUPERGIROS, Baloto, EFECTIVO, Easy y CADE Rápido.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Gd 72.14 Tr 80.70 Di 354.93 CV: 66.78 PR: 70.69 R: 14.96 CF: 0.00 / $691.34 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 796.00 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11.04 por ciento. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 26 de enero 2002. IVA Régimen Común

CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 018

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2018, le fluit recibirá el Código de Medida, es mantenimiento obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL

FECHA DE EXPEDICION FACTURA: 07 JUL 2023

4439

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	03/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Patricia Leyton Diago

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?* 52 717 542

4. ¿Cuál es su número de celular? 3506122155

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * patytoon28@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 81 # 95 C 15 - Apto 401

7. ¿Cuál es su edad? * 41.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1141524549

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)? 3506122155

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * Patytoon28@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4440

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 81 #95C 15 - Apto 401 Bachue.

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.

14

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4441

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 Patricia Leyton D identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52 717 542 de Bogotá y domiciliado en el barrio Boche, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

Se firma en Bogota a los 03 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Diana Leyton
C.C: 52717 542.
Teléfono: 3506122155
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3508926545
Dirección: Cll 81 # 95 C 15- Apt 401

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Kaleth Josue Peña Leyton.
Número de identificación 1141524549

4442

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.524.549**
PEÑA LEYTON

APELLIDOS
KALETH JOSUE

NOMBRES

Kaleth Peña

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-2014**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-FEB-2032 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

01-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01254067-M-1141524549-20210907 **0075**522720A 1 8502790272

4443



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52717542

LEYTON DIAGO
APELLIDOS

DIANA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1982
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

13-MAR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P:1500102-42081302-F-0052717542-20000612 07689 00162A 01 089848765

4444

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que **Kaleth Josue Peña Leyton** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIFICACION** número **1141524549,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1141524549
NOMBRES Y APELLIDOS	Kaleth Josue Peña Leyton
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	20/02/2014
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	18/03/2014
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	308 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	09/12/2014
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por Caroospina 02/08/2023

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

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
ICTICT
CL 81 95C 15 IN 401

4445

ENGATIVA
BOCHICA

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

ZONA: 2 **CICLO:** F2 **RUTA:** F22224

Datos del medidor
MARCA: KENT NÚMERO: 1020CT000302 TIPO: VOLU020C DIÁMETRO: ¾

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10554188**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **39898150915**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$68.562**

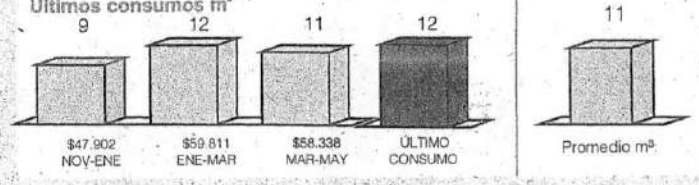
Fecha de pago oportuno: AGO/04/2023

Fecha de suspensión: AGO/10/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1164	CONSUMO (m³)	12
LECTURA ANTERIOR:	1152		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



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

Resumen de su cuenta
FECHA DE EXPEDICIÓN JUL/24/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA SEP/27/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.003,14	$17.003	$6.801-	$10.201,88	$10.202
Consumo residencial básico	12	$3.317,81	$39.814	$15.926-	$1.990,68	$23.888
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$56.817	$22.727-		$34.090
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.081,96	$8.082	$3.233-	$4.849,18	$4.849
Consumo residencial básico	12	$3.412,52	$40.950	$16.380-	$2.047,51	$24.570
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$49.032	$19.613-		$29.419

Otros Cobros	No.	Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$1	
Ben. Min. Vital Total				$23.888-	
Intereses de mora				$40	
Subtotal Otros Cobros ③				$23.847-	

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

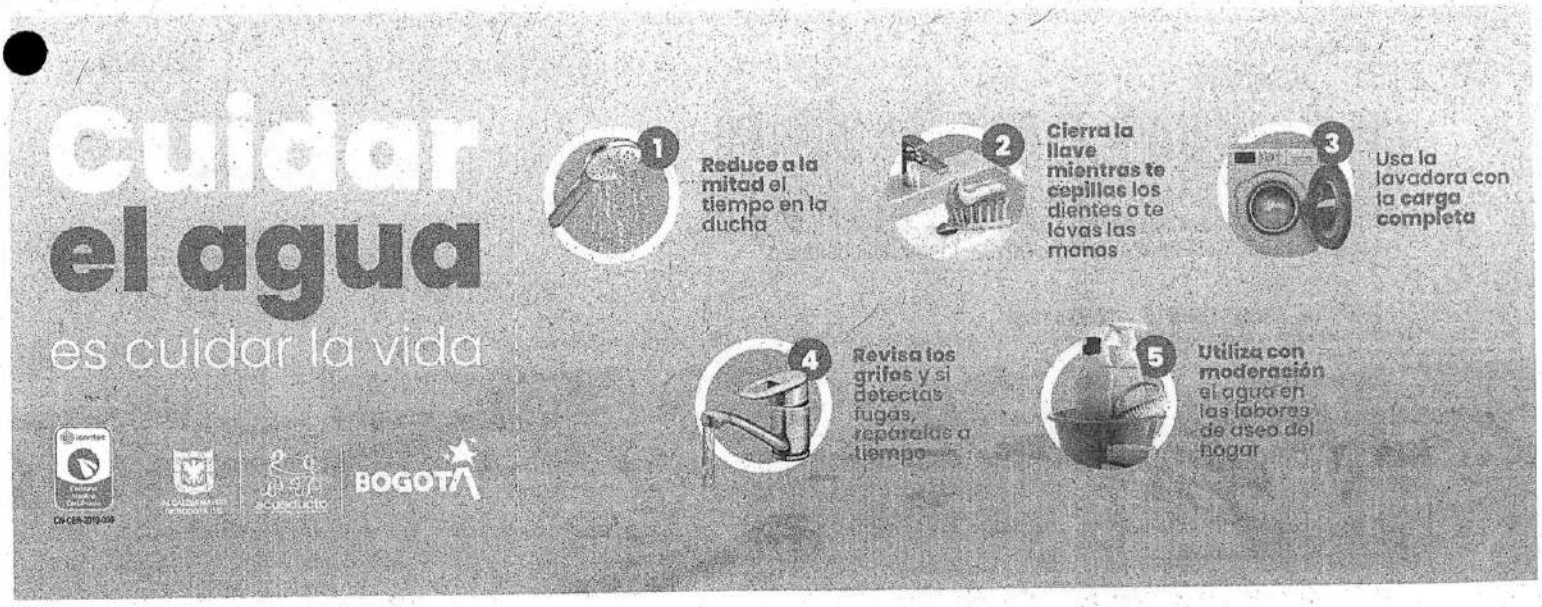
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual: $23.888-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $39.662

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $31.755

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.041

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



4446

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	03/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Douglas Herrera Molina

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?* 86056105

4. ¿Cuál es su número de celular? 3026060053

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 76C #108-40

7. ¿Cuál es su edad? * 44

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1141117817

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3026060053

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * dherreramolina@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 76 C # 108-40

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

4448

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

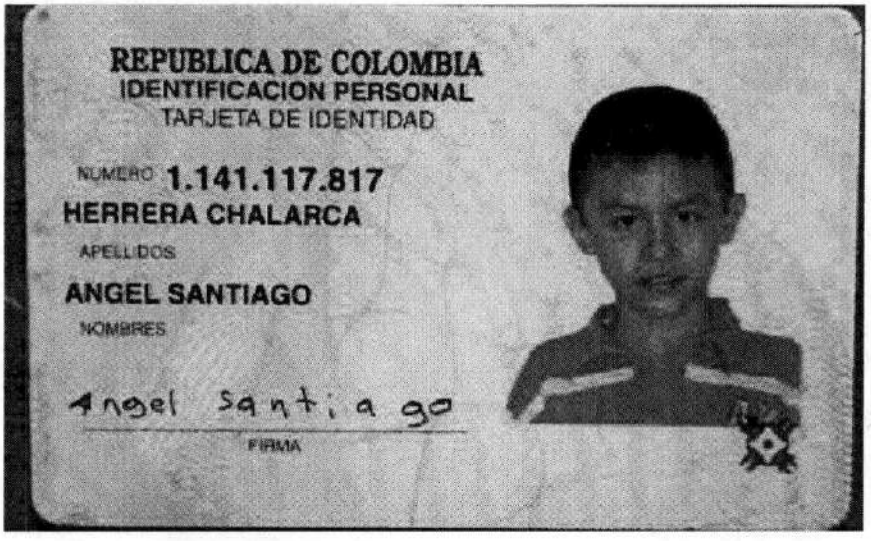
CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE BUENA CONDICIÓN SALUD, PARA MENOR DE EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Douglas Herrera Molina Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 86056105 de Villavicencio y domiciliado en el barrio Barcelona (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 03 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X tutor__ cuidador__
Nombre: Douglas Herrera Molina
C.C: 86.056.105 v/vo.
Teléfono: 3026060053 - 3143690222
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Calle 76c # 108-40

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Angel Santiago Herrera Chalarca
Número de identificación 1141117817



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.141.117.817
HERRERA CHALARCA
APELLIDOS
ANGEL SANTIAGO
NOMBRES

Angel Santiago
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-JUL-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-DIC-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

4450


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
86056105
HERRERA MOLINA
DOUGLAS AURELIO
FIRMA


VILLAVICENCIO
(META)
1.77
O+
M
ESTATURA
G.S. R.H.
21-JUN-1996 VILLAVICENCIO
INDICE DERECHO

445)

Bogotá, jueves 3 de agosto de 2023

Señor (a): SANDRA MILENA CHALARCA BOJACA
CC. 52810216
CR 109 A N 76 B 12 BRR
BOGOTÁ

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

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Junio / 29 de 2006, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Fecha Afiliación	Parentesco	Estado Afiliación
ANGEL SANTIAGO HERRERA CHALARCA	1141117817	TI	2008-07-07	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

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

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: Funcionario – Cargo.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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
WALTER CHALARCA RIOS
CL 76C 108 40

4482

ENGATIVA
GARCES NAVAS

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

ZONA: 2 **CICLO:** G2 **RUTA:** G22273C

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 15IB034077 TIPO: VELO015C DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10209281

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 40543350314

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$409.820

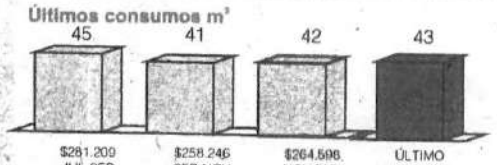
Fecha de pago oportuno ABR/13/2023

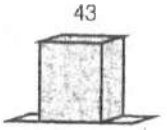
Fecha de suspensión ABR/18/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3418	CONSUMO (m³)	43
LECTURA ANTERIOR:	3375		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
ENE/12/2023 - MAR/11/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/30/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA JUN/03/2023
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	$16.078,46	$16.078	$2.411-	$13.666,69	$13.667
Consumo residencial básico	22	$3.139,21	$69.063	$10.360-	$2.668,33	$58.703
Consumo residencial superior a básico	21	$3.139,21	$65.923	$0	$3.139,19	$65.923
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto 1			$151.064	$12.771-		$138.293
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.642,45	$7.642	$1.146-	$6.496,08	$6.496
Consumo residencial básico	22	$3.235,11	$71.172	$10.675-	$2.749,84	$60.497
Consumo residencial superior a básico	21	$3.235,11	$67.937	$0	$3.235,10	$67.937
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado 2			$146.751	$11.821-		$134.930

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3-	
Intereses de mora				$180	
Subtotal Otros Cobros 3				$177	

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 $273.400

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $136.612

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $4.631

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-11001000-10 EAB-ESP
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 77679-20622 30.03.2023

4453

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	04/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Martha Ivón Ladino Paro

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?* 52496670.

4. ¿Cuál es su número de celular? 3007741085

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 101 #82-49 Int 4 Ap 312

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1188220137

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

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cra 101 #81-49 int 4 Ap 312

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.

12

¡Gracias por su tiempo!

4455

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 Martha Ivon Ladino Yara Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52496450 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bachica III, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (x) no ( )*

Se firma en Bogotá a los 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Martha Ivon Ladino Y.
C.C: 52496450
Teléfono: 3007741085
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3112314032
Dirección: Cra 101 # 82-49

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Haniel Esteban Rocancio Ladino.
Número de identificación 1188220137

4456

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.188.220.137**
RONCANCIO LADINO

APELLIDOS
HANIEL ESTEBAN

NOMBRES

Haniel Roncancio

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-2014**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-FEB-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
03-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G.S. RH
M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01254118-M-1188220137-20210907 0075528188A 1 8502818956


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.496.650
NUMERO
LADINO YASO
APELLIDOS
MARTHA IVON
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO
19-MAY-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500112-42119138-F-0052496650-20040916
03229042600 03 150279113

458

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 1188220137
NOMBRES Y APELLIDOS	Roncancio Ladino,Haniel Esteban
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	10/02/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ladino Yaso,Martha Ivon, a los 03 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4450

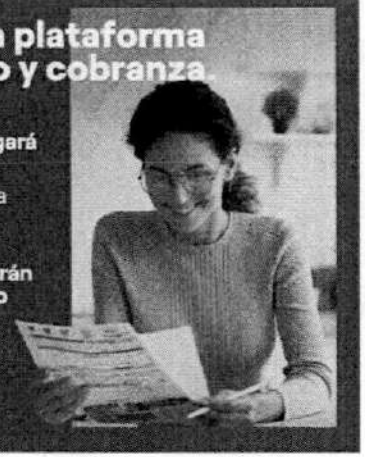
69243

Actualizaremos nuestra plataforma de facturación, recaudo y cobranza.

Ten en cuenta:

- Tu factura del siguiente periodo llegará después de la fecha usual.
- No se afectará tu servicio de energía ni de otros productos relacionados a tu factura.
- Como las fechas de tu factura variarán te recomendamos reservar el dinero para su respectivo pago.

Para información escanea el siguiente código QR:



Contáctanos

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

@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

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

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata, MOVII, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Todo1, Bancolombia, 4-72, El servicio de avanza 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: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 **Vigencia: JUN/2023** / **$831.34 Costo kWh Mes**

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tasita 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1996

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

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

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

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

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a 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: 03 AGO2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: BLST-12046TR1 - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACION:
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Publicos Domiciliarios.

69243

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

enel | Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0602409-0

69243

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 734292597-0

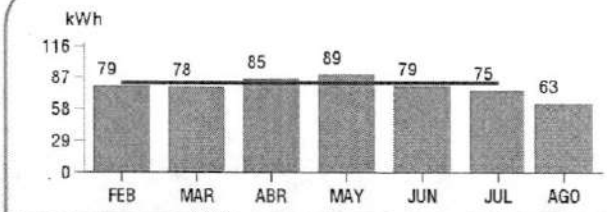
69243

CLIENTE

LIGIA CASTELLANOS.
KR 101 NO 82 - 49 BL 3 IN 4 AP 312
CD 3 INT 4 APT 312
BOGOTÁ, D.C.
BOCHICA II

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el codigo

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 2.0 kWh

VALOR DIARIO: $1,379

PERIÓDO FACTURADO: 30 JUN/2023 A 31 JUL/2023

DIAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 63 kWh

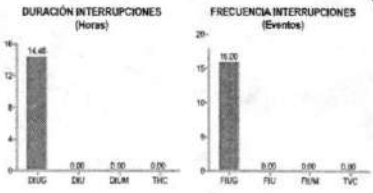
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 82 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	9
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 05 706 0589
RUTA LECTURA:	3000 7 05 708 0266
MANZANA DE LECTURA:	MS00564406
MEDIDOR NO:	4168326
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 12046TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 Dt: 220.30 CF: 79 MC: 0 MF: 1 %t: 16

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8

4460

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	04/03/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Norys Bolaño Lorenz

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?* 33134125

4. ¿Cuál es su número de celular? 3012402074

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * Saudy164@yahoo.es

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 106 # 74a-90

7. ¿Cuál es su edad? * 70

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1016961854

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)? 3012402079

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * saudy164@yahoo.es

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4461

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 106 #74a-90

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

4462

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 Norys Bolaño Lorenz Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 33134125 de Cartagena y domiciliado en el barrio Gran Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre__padre__, tutor__ cuidador X

Nombre: Norys Bolaño Lorenz

C.C: 33.134.125

Teléfono: 304-3628260

Teléfono de contacto en caso de emergencia: ~301-2402079

Dirección: Kra 176B#74A90

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Mariana Sofía Leiva Jaramillo

Número de identificación 1016961854

4963

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.016.961.854**

LEIVA JARAMILLO

APELLIDOS

MARIANA SOFIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-2014**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-AGO-2032 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

25-NOV-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01272624-F-1016961854-20211211 0077355107A 1 8503505311

4454

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33134125

BOLAÑO LORES
APELLIDOS

NORIS ESTER
NOMBRES

Noris Bolaño
FIRMA



4465



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1948

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-ENE-1972 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0500100-30081271-F-0033134125-20010525 05050 01145A 01 080264505