4466

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	1016961854
NOMBRES	MARIANA SOFIA
APELLIDOS	LEIVA JARAMILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	23/08/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/04/2023 11:11:37	**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".

1 Total Energía	+	2 Portafolio Enel X	=	Total a Pagar
$66,520		$0		$66,520

PAGO OPORTUNO
10 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓘ
14 AGO/2023

PAGO OPORTUNO 10 AGO/2023 | **TOTAL A PAGAR $66,520**

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: **6180460-3**

PRÓXIMA LECTURA DE MEDIDOR: **30 AGO/2023**

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

CALCULO CONSUMO DE ENERGIA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Consumo Facturado kWh	X	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	9960		9862		98		$798.50		$78,253
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 98 kWh X		Valor kWh $798.5036	X	Beneficio -15.00%				$-11,738

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,294 DIARIOS

SUBTOTAL: $66,515

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$5
SUBTOTAL:	**$5**

Otros cobros de productos y servicios

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

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA: **$66,520**

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 130 Kwh/mes) es de $678.7281 KWh



El cuidado se comparte.

Disfruta elevar cometa en espacios abiertos lejos de la red eléctrica, así evitarás



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:

6180460-3

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734065851-8

CLIENTE

CUSEZAR SA
KR 116 B NO 74 A - 90 TO6 AP 102
TORRE 6 APARTAMENTO 102
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

Contáctanos:

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

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Reval, Bancolombia

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel**

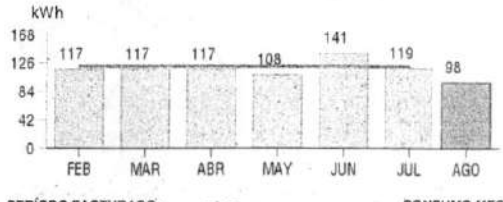
Almacenes de Cadena: Jumbo

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 más información. Ya no se aceptará el pago de la factura de energía

Si realizas el pago en una corresponsal bancario, exige el de siempre que emita el datafono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es un soporte valido en caso de reclamo.

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50

CONSUMO DIARIO: 3.3 kWh

VALOR DIARIO: $2,294

PERÍODO FACTURADO: 29 JUN/2023 A 28 JUL/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 98 kWh

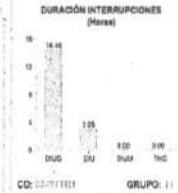
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 121 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 510 3782
RUTA LECTURA:	3000 5 04 520 0139
MANZANA DE LECTURA:	MSSF5647V1
MEDIDOR NO:	23822
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



GRUPO: 11 HC: 0.68 VC: 0 CEC: 2.83

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.098.812-8

Nivel de Tensión: PRINCIPAL Empresa que FACTURA/COD: 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 Dom

(415)7707209914253(8020)0161804603734065851 8(3900)00000000066520

(415)7707209914253(8020)0161804603734065851 8(3900)00000000066520

32483 (415)

4468

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: 04/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Oscar Armando Zorro Sanchéz

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?* 80036092

4. ¿Cuál es su número de celular? 3192938758

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 72F #116b-84

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)?* Oscar Esteban Zorro Angel

*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)?* 1013271398

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)? 3192938758

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * oscarzorro0@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4469

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 72f #116b-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.*

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? JAL Engativá ○ 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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.013.271.398
ZORRO ANGEL
APELLIDOS
OSCAR ESTEBAN
NOMBRES

Oscar esteBan zorp angel
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
31-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
O-
G.S. RH
M
SEXO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01019163-M-1013271398-20180704 0061786114A 2 1364983616

4471

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 Oscar Armando Zorro Sanchéz **identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 80036092 de Bogotá D C 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 D.C a los 04 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: Oscar Armando Zorro Sanchez
C.C: 80036092
Teléfono: 3192938758
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cll 72 F 116 B84

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Oscar Esteban Zorro Angel
Número de identificación 1013271398

C.C: 80036092

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

4472

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80036092**

ZORRO SANCHEZ
APELLIDOS

OSCAR ARMANDO
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

44473



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1982**

PESCA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-ABR-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500112-42092943-M-0080036092-20010713 **06416** 01193A 01 111044415

Powered by CamScanner

4474

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

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	1013271398
NOMBRES	OSCAR ESTEBAN
APELLIDOS	ZORRO ANGEL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2023 21:16:05	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

4475

29839

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 | 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-clientes.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 Fruta Todo | Bancolombia | 4-72 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:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:266.64 T: 48.53 D: 253.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.16 CF: 0.00	/ $730.62 Costo kWh Mes	792.95 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0647 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 012520 de 26 de diciembre de 2002.

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

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

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

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 05 JUL2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL31-84722TR1 - 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 Públicos Domiciliarios.

29839

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.

29839

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:

3946566-3

29839

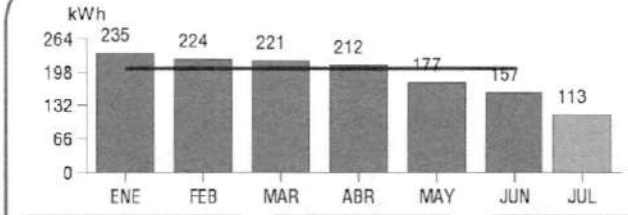
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 730274784-4

CLIENTE

OSCAR ROZO
CL 72 F NO 116 B - 84 TO 15 AP 102
TORRE 15 APARTAMENTO 102
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO: 3.7 kWh

VALOR DIARIO: $2,539

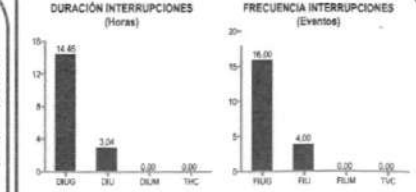
PERIÓDO FACTURADO:	DIAS FACTURADOS:	CONSUMO MES	CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
30 MAY/2023 A 29 JUN/2023	30	113 kWh	204 kWh

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

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 510 1167
RUTA LECTURA:	3000 5 04 505 0934
MANZANA DE LECTURA:	MSSF5647T1
MEDIDOR NO:	289998
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 84722TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dt: 217.96 CF: 177 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

4426

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 Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Aida Diaz Jinete

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?* 22 492 994

4. ¿Cuál es su número de celular? 300 535 6115

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 70D # 64C - 45

7. ¿Cuál es su edad? * 43.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1025 144 836

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)? 300 5356115

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * aidamdiazjinete@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? Cr 70D # 64C - 45.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ◯ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál? _____ ◯ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ◯ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

4490

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

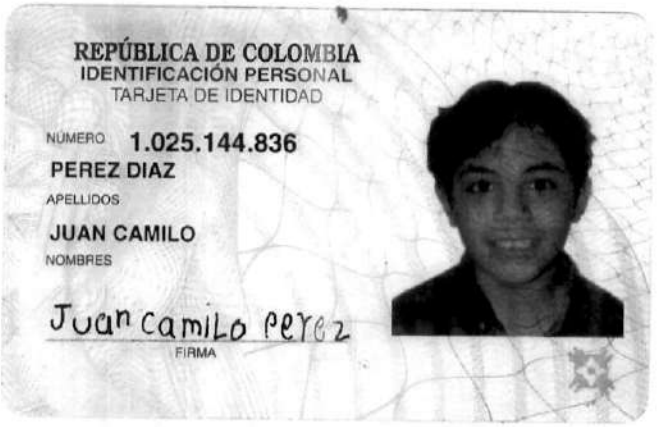
Yo Aida Diaz Jinete Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 22492994 de BARRANQUILLA y domiciliado en el barrio San Joaquin (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __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 Bogotá a los 4 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Aida Diaz Jinete.
C.C: 22492994.
Teléfono: 3005356115.
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3014407701
Dirección: CR 70D #64C-45
JUAN CAMILO PEREZ DIAZ
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1025144836

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

4479



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.025.144.836
PEREZ DIAZ
APELLIDOS
JUAN CAMILO
NOMBRES

Juan Camilo Perez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-MAR-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
21-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-00827816-M-1025144836-20160517 0049784283A 1 46484958

4480

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	1025144836
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	PEREZ DIAZ
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	01/02/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/04/2023 14:23:53	**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

Referencia de pago: 01092010

Vanti S.A. ESP.

Cliente: [redacted] ELVIRA VELASQUEZ Ruta: 00113700536750051 00

Direccio[redacted] 70D 64C 0045 01

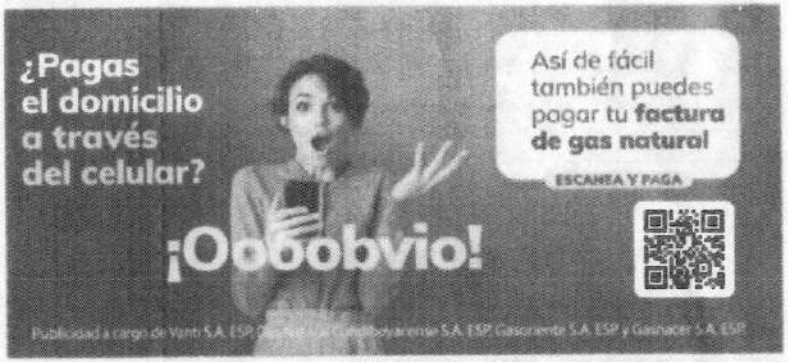
Municipio: BOGOTA Sector: SAN JOAQUIN Código Sector 214

Codigo Postal: 000000 Lote: P12GN Medidor No.:5077198-51458

10294

Oficina Virtual

[redacted]



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, [redacted] Comprovarenne S.A. ESP, Gascaribe S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP

Entidades Recaudadoras

Medios de pago Electrónicos:

vanti | Pago por PSE ingresando a la dirección **https://www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

• también a través de:

Redeban · Bancolombia · Banco Caja Social · BBVA · Banco Falabella · Scotiabank Colpatria · Banco Pichincha

Medios de pago Presenciales:

efecty Convenio 112044 · puntored · éxito · Red CADE

*Corresponsales *Centros de recaudo

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

vanti Listo 3.000.000



*Aplica únicamente para las categorías de producto señaladas en la política de financiación, consúltala en [redacted] Vanti Listo es un producto de las empresas de Grupo Vanti

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

Línea de WhatsApp **(315) 4 164 164**

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

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

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

Puntos de atención presencial:

Puedes consultarlos en nuestra página web www.grupovanti.com

C1

4525

4481

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

4482

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción: 12:23 pm
490-2023	Baloncesto	04 de Agosto

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Monica Cristina Bermudez Carrillo

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?* 1012326586

4. ¿Cuál es su número de celular? 3045924656

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

6. ¿Cuál es su dirección? * kra 107 BIS B 71 A 36

7. ¿Cuál es su edad? * 36

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora?
- ( ) No
- (x) Si → ¿De quién es cuidador o cuidadora?
  - ( ) Persona con discapacidad
  - ( ) Adulto(a) Mayor
  - ( ) Niño/a
  - (x) Joven
  - ( ) adolescente
  - ( ) Mascota

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *
- ( ) 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)?* Isabella Silva Bermudez

*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)?* 1021316294

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)? 3048924656

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * tazcrist1@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? Kra 107 Bis B 71 A36

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

✓ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

XL

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

44843

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 Monica Bermudez Carrillo Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1022726586 de Bogotá y domiciliado en el barrio Los Hayuelos, (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: Monica Bermudez
C.C: 1022726586
Teléfono: 3043924656
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3102393868
Dirección: Kra 107 B13 B 71 A36

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Isabella Silva Bermudez
Número de identificación 1021315294

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

4485

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.326.586
BERMUDEZ CARRILLO
APELLIDOS
MONICA CRISTINA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
16-NOV-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00172077-F-1012326586-20090824 0015339216A 2 1590012982

4486

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.021.316.294**
SILVA BERMUDEZ

APELLIDOS
ISABELLA

NOMBRES

isabella s

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-NOV-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-NOV-2029 **A+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

29-NOV-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01048337-F-1021316294-20181203 0063331462A 1 1365245799

4487

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ISABELLA SILVA BERMUDEZ identificado(a) con TI 1021316294 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**17/11/2011**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE,** a los 04 días del mes de agosto del año 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS Famisanar S.A.S.

4488

16715

Actualizaremos nuestra plataforma de facturación, recaudo y cobranza.

Ten en cuenta:

- Tu factura del siguiente período 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 · Baloto · Bancolombia · Su Red · Servientrega · MOVIRED · Punto Red

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Olímpica · Metro

Código QR

** Por restricciones sanitarias registramos dentro de los puntos de recaudo en algunas de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en www.enel.com.co para mas información. Si no se aceptara el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Tocaimo.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.66 CP: 0.00 / $831.34 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3314 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Sobre subvenciones según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para esta reparto. 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 012228 de 26 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión proceder 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 (in conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 AGO2023

GRUPO I CIRCUITO: BJ3-19H7T1 - NIVEL DE TENSIÓN I PROPIEDAD: Empresa CON FACTURACIÓN
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos [illegible] de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Enitsec vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

enel Bogotá

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

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

3709691-3

16715

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 733861776-4

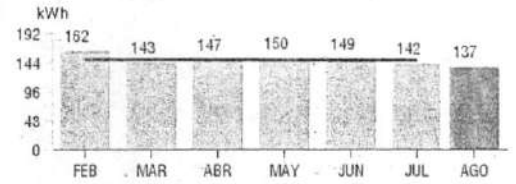
16715

CLIENTE

RUBIELA FORERO LOPEZ
KR 107 BIS B NO 71 A - 36 PI 2
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
BOLIVIA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 4.7 kWh

VALOR DIARIO: $1.982

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

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 137 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 149 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 03 502 0823
RUTA LECTURA:	3000 5 03 519 0365
MANZANA DE LECTURA:	MS20610144
MEDIDOR NO:	11032776
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: J3107T1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.04
PERIODO: Jun/2023 Dc: 215.52 Cf: 149 MC: 0 MF: 1 %t: 0

Para mejor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2018

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

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

(2466)

6190 - Pag 1 of 2

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.085.812-8

4409

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	05 de Agosto 10:45 am.

1, ¿Cuál es su nombre completo? * July Marcela Gil Beltran

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?* 1032378399

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103745157

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * julymarcelagilbeltran0@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 70B # 109-04

7. ¿Cuál es su edad? * 36

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? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1141136236

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)? 3103745157

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * julymarcelagilbeltran0@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4490

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 70 B #109-64

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◉ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ◉ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ◉ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4491

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 July Marcela Gil Beltrán Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1032378399 de Bogotá y domiciliado en el barrio B. Mariana, (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 5 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: July Marcela Gil Beltrán
C.C: 1032378399 Bta
Teléfono: 3103745157
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3103745157 - 3103262622.
Dirección: Calle 70B # 109-04
Dylan Felipe Ladino Gil.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1141136236

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141136236

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55981289

55981289

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LADINO**********	GIL **********

Nombre(s)
DYLAN FELIPE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUL 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**********	14252685-1*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GIL BELTRAN JULY MARCELA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1032378399 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*******

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
LADINO TORRES JHON ALEXANDER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1026252553 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
LADINO TORRES JHON ALEXANDER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1026252553 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 2017 Mes AGO Día 01	EDUARDO PACHECO JUVINAO Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

4493

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.378.399

GIL BELTRAN
APELLIDOS

JULY MARCELA
NOMBRES

July Marcela Gil B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45135547-F-1032378399-20050316 0196505075N 02 180604572

4494

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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1141136236
NOMBRES	DYLAN FELIPE
APELLIDOS	LADINO GIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	04/08/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/05/2023 08:53:01	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de

4495



Contáctanos

Enel Colombia

@EnelClientesCO

App Enel Clientes Colombia

WhatsApp 316 890 6003

Chat de servicio en

Comunidad PQRs en

Servicio al cliente 24 horas 115

Línea gratuita nacional 601 5 894 894

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

APP Bancos

Internet

Traslados Bancos

Débitos Automáticos

Cajeros Electrónicos

APP Enel Clientes Colombia

Botones de Pago Online

Corresponsales Bancarios

Red Efectivo

Centros de Servicio

Código QR

CONRED

efécil

Reval

RED CADE

enel

Almacenes no Cadena

MOVIRED

Puntos de recaudo Enel

** Por cualquiera de estos significativos cambios de los puntos de recaudo en algunos de nuestros Centros de Servicio. Consulta nuestra página en enel.com.co para más información. En no superarse el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Molinos.

COMPONENTES TARIFARIOS: Componentes del cálculo: G:266.45 T:50.56 D:283.17 CV:71.03 PR:34.04 R:30.73 CP:0.00 | Vigencia: ABR/2023 $776,07 Costo kWh Mes | Tarifa aplicada Opción Tarifaria 784,32 Costo kWh Mes

*FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 JUNIO

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT 860.063.875-8
Calle 82 No. 13 - 65 Piso 1

earth pact ECOLÓGICO

4578342-1

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 7262951 63 8

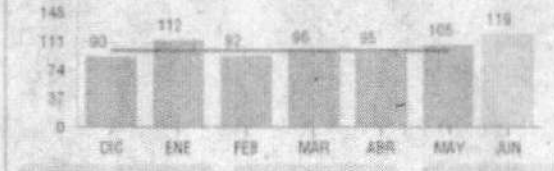
CLIENTE

MARTHA MARINA BELTRAN CHUNZA
CL 70 BIS NO 109 04 PI 4
interno
BOGOTÁ, D.C.
BOLIVIA

OK Paga

Cómo leer tu factura

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $784,32

CONSUMO DIARIO: 3.7 kWh

VALOR DIARIO: $1.458

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

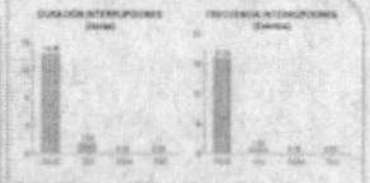
DIAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES 119 kWh

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	3
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 03 509 0162
RUTA LECTURA:	3000 5 03 501 0838
MANZANA DE LECTURA:	MS206101U1
MEDIDOR NO:	158551
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



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

CONSEJOS DE ENERGÍA

Carga la lavadora siempre a su máxima capacidad en cada lavada

(9282) 2008986 2008986 Hoja 1 de 2

4496

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: 11:00 am
490 - 2023	Baloncesto	05 de Agosto

1, ¿Cuál es su nombre completo? * July Marcela Gil Beltran

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?* 1032 378 399

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103745157

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * julymarcelagilbeltran0@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 70 B # 109-04

7. ¿Cuál es su edad? * 36

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

*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)?* 1021399919

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)?*

○ 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? _____ ⊗ 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)? 3103745157

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * julymarcelagilbetran0@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4492

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 70B # 109-04

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

16

¡Gracias por su tiempo!

4498

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 July Marcela Gil Beltran Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1032378399 de Bogotá y domiciliado en el barrio B. Mariano, (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 5 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: July Marcela Gil Beltrán
C.C: 1032378399 Bta
Teléfono: 3103745157
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3103745157 / 3103262622
Dirección: Calle 70B # 109-04
David Leonardo Ladino Gil
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1021399919

4499

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.021.399.919**

LADINO GIL

APELLIDOS

DAVID LEONARDO

NOMBRES

david leonardo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-MAY-2029 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-JUL-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01021084-M-1021399919-20180710 0061848494A 1 1625031108

4500

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.378.399

GIL BELTRAN
APELLIDOS

JULY MARCELA
NOMBRES

July Marcela Gil B
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45135547-F-1032378399-20050316 01965 05075N 02 180604572

usot

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	1021399919
NOMBRES	DAVID LEONARDO
APELLIDOS	LADINO GIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	26/05/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/05/2023 08:50:11	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de

4502

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	05/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sandra Milena Ramirez Moreno

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?* 52295356

4. ¿Cuál es su número de celular? 3112070202

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 77bis a # 114a 10

7. ¿Cuál es su edad? * 46

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

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

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

(X) Si → 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)?* Laura Gabriela Nivia Ramirez

*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)?* 1138217800

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

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

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

17. ¿Cuál es la orientación sexual de su representado(a)?*
○ Heterosexual ○ Lesbiana ○ Gay ○ Bisexual ○ Hombre transexual ○ Mujer transexual ○ Queer
○ Prefiero no contestar ⊗ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

18¿Qué tipo de discapacidad tiene su representado(a)?*
○ Física ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
⊗ Ninguna ○ No aplica ○ Otro ¿Cuál? _____

19. ¿Su representado(a) es víctima del conflicto armado?*
○ Si ¿Cuál es el número de registro? _____ ⊗ No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

20. ¿Cuál es el nivel educativo de su representado(a)?*
⊗ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

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

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3112070202

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4503

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 77 bis a # 114a - 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?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

14

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4504

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 Milena Ramirez Moreno identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52795356 de Bogota DC 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 05 días del mes de Agosto de 2023.

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

Nombre: Sandra Milena Ramirez M.

C.C: 52295356 bta

Teléfono: 3112070202

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3057499695

Dirección: Clle 77 Bis A # 111A-10

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Laura Gabriela Nivia Ramirez

Número de identificación 1188219800

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

4505

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.188.217.800**

NIVIA RAMIREZ

APELLIDOS

LAURA GABRIELA

NOMBRES

Laura Gabriela

FIRMA

Escaneado con CamScanner

4566



FECHA DE NACIMIENTO **03-SEP-2012**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-SEP-2030 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

25-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01220072-F-1188217800-20210303 **00736**35840A 2 8501601624

Escaneado con CamScanner

4509

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.295.356**

RAMIREZ MORENO

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1976**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

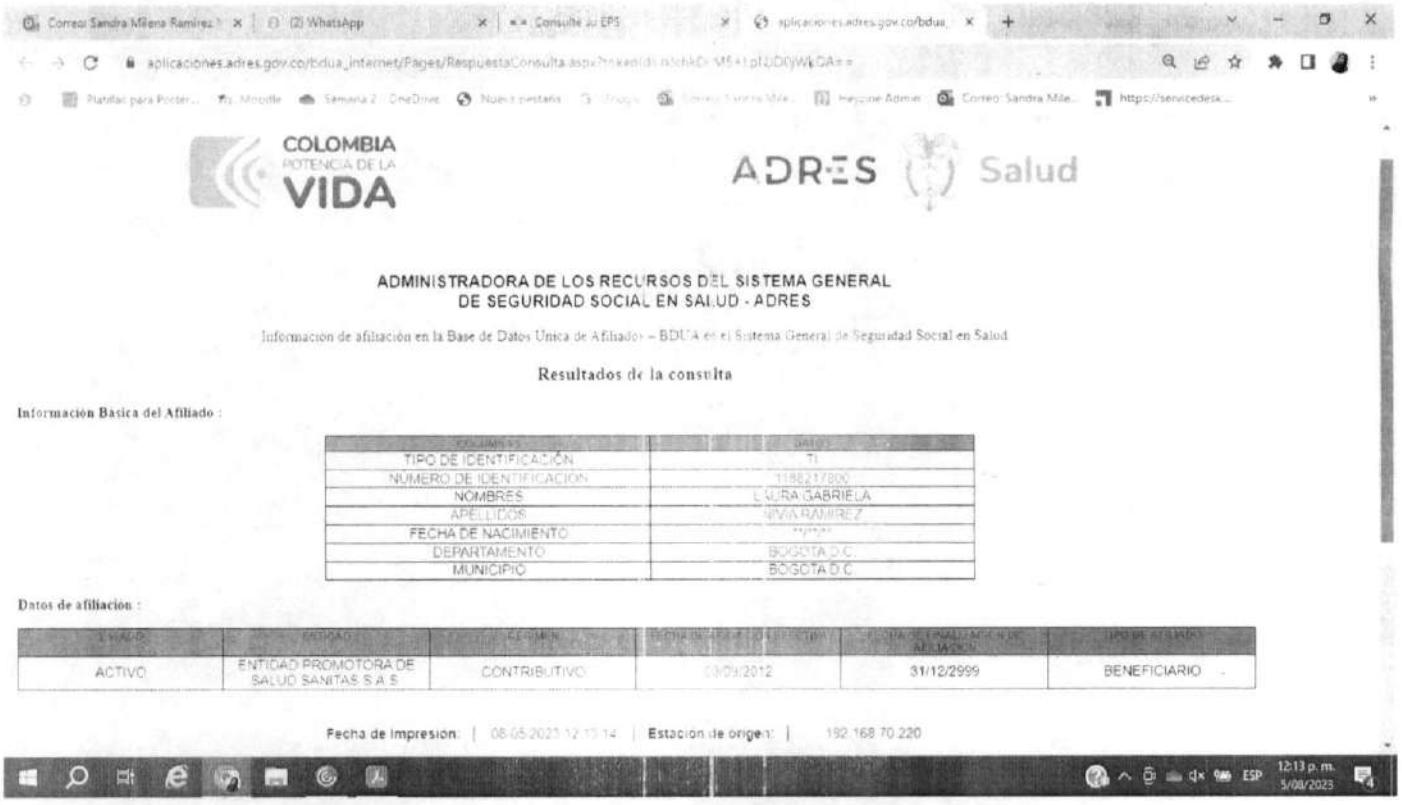
10-DIC-1994 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00822677-F-0052295356-20160505 0049646254A 1 1963002240

4508



COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Informacion de afiliación en la Base de Datos Unica de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1188217800
NOMBRES	LAURA GABRIELA
APELLIDOS	RIVERA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	******
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION	FECHA FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	03/03/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresion: | 08/05/2023 12:13:14 | Estacion de origen: | 192.168.70.220

4509

22935

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 318 890 6003 | Formulario PQR: en www.enel.com.co en el link Registre y haga el seguimiento de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 6 115 115	115 línea las 24 horas	601 6 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/atencion-cliente/defensor.html defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago — Billeteras Virtuales

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

MOVII | tpaga

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

CONRED | efecty | Reval | Bancolombia | MOVIIRED | puntored

RED CADE | enel ** | Almacenes de Cadena | Olímpica | Metro

** Por restricciones sanitarias registraremos cierre 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 Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G 372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.06 CF: 0.00 / $831.34 Costo kWh Mes

Vigencia: JUN/2023

Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 02 AGO/2023

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, exige el desprendible que se imprime al costado como soporte de pago. El que no lo entregue está en su derecho. Recuerda que no es necesario hacer fila para pagar en nuestros canales de recaudo.

22935

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1360990-2

22935

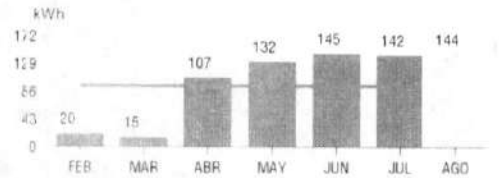
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 734054024-5

CLIENTE

ERNESTINA MONROY PINEDA
CL 77 BIS A NO 114 A - 10
AP 201
BOGOTA, D.C.
GRAN GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50

CONSUMO DIARIO: 4.9 kWh

VALOR DIARIO: $3,428

PERIODO FACTURADO: 29 JUN/2023 A 28 JUL/2023

DIAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 144 kWh

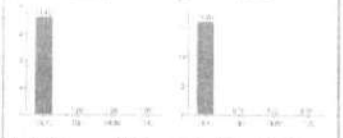
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 80 kWh

Ahora tienes acceso a LA LECTURA DE TU MEDIDOR y EL CONSUMO de manera más visible. En nuestra página web encuentra las posibles causas y tips de ahorro en www.enel.com.co

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	4
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 04 504 1177
RUTA LECTURA:	3000 5 04 507 1179
MANZANA DE LECTURA:	MS00565407
MEDIDOR NO:	6028769
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 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 800.096.816-8

4510

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	5 agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Rosa Elena. Villanueva. 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?* 52.493.289

4. ¿Cuál es su número de celular? 3758732453

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * elenamedi24@Hotmail.Com

6. ¿Cuál es su dirección? * CAR 77C # 63 b 39

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 ( ) 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 ( ) 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)?* Jesus Arturo Portela Villanueva

*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)?* 1.704.776.588

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 victima del conflicto armado?*

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

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * elenamedi24@Hotmail.com.

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4511

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 77 C. # 63 b - 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?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊗ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

14

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4512

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 Rosa Elena Villanueva S. Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.493.289 de Bogotá y domiciliado en el barrio Villa Loz.. (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 5 días del mes de agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Rosa Elena Villanueva Sanabria
C.C: 52 493 289
Teléfono: 315 8732453
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: CAR 77 C # 63 b 39
Jesús Arturo portela Villanueva.
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1 704 776 588.

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

4513

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.104.776.588**
PORTELA VILLANUEVA

APELLIDOS
JESUS ARTURO

NOMBRES
Arturo P.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-2012**
VILLARRICA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-JUL-2030 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
28-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01206719-M-1104776588-20210201 0073282082A 1 8501404545

45147

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.493.289**

VILLANUEVA SANABRIA

APELLIDOS

ROSA ELENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1978**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-AGO-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00184478-F-0052493289-20091010 0017016716A 3 1290110783

4515

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	1104776588
NOMBRES	JESUS ARTURO
APELLIDOS	PORTELA VILLANUEVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	VILLARRICA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 11/16/2022 18:59:05 | **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.

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. Si no se resuelve, entra a la página web en la sección del Defensor del Cliente.
3. Escríbenos a defensor@enel.com o daniuncias@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.

LÍNEA DE 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, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online

Billetera Virtual: Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: Conred, efácil, Reval, Servibanca, Su Red Efectiva, 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 Teberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 66.70 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 ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa otorgados 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. E.S.P.. Tarifas grandes consumidores según resolución No 012020 de 28 de diciembre de 2020.

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

Para factura de consumo presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156 de 2011 consultar www.enel.com.co

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 25 JUL 2023

GRUPO 1 CIRCUITO PREF-01 HTR1 - NIVEL DE TENSIÓN 1
El prestador del servicio de comercialización y de energía eléctrica y los 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

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

tu número de cliente es: 4516

0503335-9

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. [illegible]2339-0

14857

CLIENTE

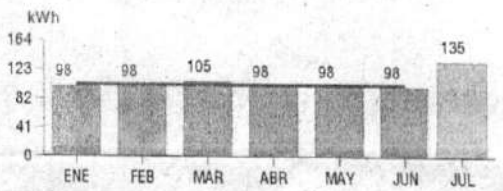
FLOR ALEJANDRA SANABRIA PIÑEROS
KR 77 C NO 63 B - 39

BOGOTÁ, D.C.
VILLA LUZ

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

(11187)

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $796.50

CONSUMO DIARIO: 3.9 kWh

VALOR DIARIO: $2,713

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

DÍAS FACTURADOS: 34

CONSUMO MES: 135 kWh

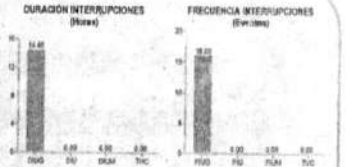
CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 101 kWh

Ahora tienes acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presentados en facturación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	10
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 18 506 0464
RUTA LECTURA:	3000 5 18 518 0114
MANZANA DE LECTURA:	MS00561456
MEDIDOR NO:	34672
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 37115781 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Dc: 218.63 CF: 16 IRO: 0 MF: 1 %t: 10

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 026 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 26.536 - Page 1 of 2

9.80 230505 EMVCO

Redeban

AGO 04 2023 12:25:39 RBMDES 9.80

CORRESPONSAL
BANCOLOMBIA
PTM BOGOTA VH COMUNICA
CR 77 A 64 F 31
C.UNICO: 3007044943 TER: AB1HZ989
RECIBO: 174552 RRN: 264288
RECAUDO APRO: 893032
CONVENIO: 44423
ENEL
REF: 0105033359732902390

VALOR $ 92.300

TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** COMERCIO ***

Portafolio Enel X $0

Total a Pagar $92,300

PAGO OPORTUNO 02 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 04 AGO/2023

NÚMERO DE CUENTA: 0503335-9

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 18 AGO/2023

Situación encontrada: Normal

Lectura Anterior		Energía Facturada kWh		Valor Unitario kWh		Valor Facturado
19798	=	135	X	$798.50	=	$107,798
h X Valor kWh $798.5036 X Beneficio -15.00%						$-15,571
				SUBTOTAL:		$92,227

	$69
	$4
JBTOTAL:	$73

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

AL ENERGÍA: $92,300

Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo

2 TOTAL OTROS: $0

intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a or lo anterior y de acuerdo con los costos publicados 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.

0 Kwh/mes) es de $678.7291 KWh



PAGO OPORTUNO 02 AGO/2023

TOTAL A PAGAR $92,300

(415)7707209914253(8020)0105033359732902339O(3900)0000000092300

NÚMERO DE CLIENTE 0503335-9

Factura de Servicios Públicos No. 732902339-0

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

457

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Baloncesto	06/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsa Tellez Gonzalez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 35314927

4. ¿Cuál es su número de celular? 3003962034

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * tellezelsa23@yahoo.es

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 78b # 112a-04

7. ¿Cuál es su edad? * 68

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)?* David Santiago Poveda Díaz

*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)?* 1141120247

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)?*

○ 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? _____ ⊗ 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)? 3003962034

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * tellezelsa23@yahoo.es

*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 786 #112a-09

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

4519

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Elsa Tellez Gonzalez **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 35314927 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio V. Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ 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 06 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsa Tellez Gonzalez
C.C: 35314927
Teléfono: 300 396 2034
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 300 566 0745
Dirección: calle 72B # 112A-09 villas de Granada

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: David Santiago Poveda Diaz
Número de identificación 1 141 120 247

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

4520

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.120.247**

POVEDA DIAZ
APELLIDOS

DAVID SANTIAGO
NOMBRES

David
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-SEP-2027 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

M SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00960403-M-1141120247-20171129 0058678592A 1 1364633949

4521



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35314927

TELLEZ GONZALEZ
APELLIDOS

ELSA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1955
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

27-ENE-1977 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500110-43082591-F-0035314927-20000911 12220 00250A 02 089908464

4522

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAVID SANTIAGO POVEDA DIAZ identificado(a) con TI 1141120247 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	17/10/2009
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO CIUDADELA COLSUBSIDIO
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 05 días del mes agosto del 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

30232

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
CARLOS EDUARDO DIAZ AVELINO
CL 78B 112A 09

4523

ENGATIVA
VILLAS DE GRANADA I

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

ZONA: 2 **CICLO:** G2 **RUTA:** G22271

Datos del medidor
MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13792174 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10618759**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **38551876212**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$133.330**

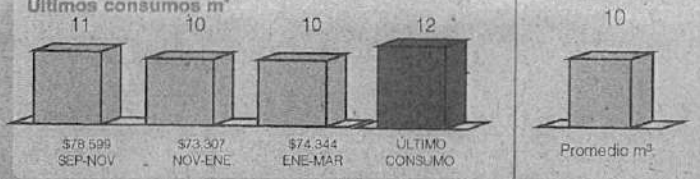
Fecha de pago oportuno: JUN/09/2023

Fecha de suspensión: JUN/15/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	175	CONSUMO (m³)	12
LECTURA ANTERIOR:	163		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAR/12/2023 - MAY/10/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/30/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/02/2023
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.675,06	$16.675	$2.501-	$14.173,80	$14.174
Consumo residencial básico	12	$3.254,32	$39.052	$5.858-	$2.766,17	$33.194
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$55.727	$8.359-		$47.368
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$1.189-	$6.737,12	$6.737
Consumo residencial básico	12	$3.348,33	$40.180	$6.027-	$2.846,06	$34.153
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$48.106	$7.216-		$40.890

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2	
Subtotal Otros Cobros ③				$2	

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 $88.260

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $44.129

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.471

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.020.722.062

MORALES GONZALEZ

APELLIDOS

RICARDO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

11-FEB-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

4524

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	06/03/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Elsa Tellez Gonzalez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 35314927

4. ¿Cuál es su número de celular? 3003962034

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * tellezelsa23@yahoo.es

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 78b # 112a-09

7. ¿Cuál es su edad? * 68

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)?* Danny Alejandro Nuñez Diaz

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 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)? 3003962034

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * fellezelsa23@yahoo.es

*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 indígena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 78b # 112a-09

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 indígena? _____ ○ Rom - gitano(a) ○ Palenquero(a) ○ Raizal
○ Negro(a) ○ Afrodescendiente ○ Mestizo(a) ○ Blanco(a) ○ Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
⊗ No aplica ○ Otro _____

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

M

¡Gracias por su tiempo!

4526

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA

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

Yo Elsa Tellez Gonzalez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 35314927 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio V. Granada (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Balancesto 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 06 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X
Nombre: Elsa Tellez Gonzalez
C.C: 35314927
Teléfono: 3003962034 3003960021
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Calle 72B # 112A-09 Villas de Granada

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Daniel Alejandro Nuñez Diaz
Número de identificación 1141123983

4529

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.123.983**

NUÑEZ DIAZ

APELLIDOS

DANNY ALEJANDRO

NOMBRES



Danny Alejandro Nuñez 01 92

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ABR-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-ABR-2029 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

21-MAY-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I-1500150-01019163-M-1141123983-20180704 0061788507A 2 1364969157

4528

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35314927

TELLEZ GONZALEZ
APELLIDOS

ELSA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1955
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | A- G.S. RH | F SEXO

27-ENE-1977 ENGATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500110-43082591-F-0035314927-20000911 12220 00250A 02 089008464

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

4529

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	1141123983
NOMBRES	DANNY ALEJANDRO
APELLIDOS	NUÑEZ DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión: 08/05/2023 19:32:13 | **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".

30232

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

CARLOS EDUARDO DIAZ AVELINO
CL 78B 112A 09

4530

ENGATIVA
VILLAS DE GRANADA I

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

ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22271

Datos del medidor

MARCA: BAYLAN NÚMERO: 13792174 TIPO: VELO015R160 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10618759**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **38551876212**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$133.330

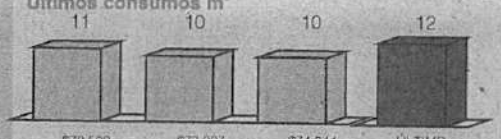
Fecha de pago oportuno JUN/09/2023

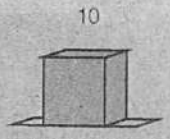
Fecha de suspensión JUN/15/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	175	CONSUMO (m³)	12
LECTURA ANTERIOR:	163		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
MAR/12/2023 - MAY/10/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAY/30/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/02/2023
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	$16.675,06	$16.675	$2.501-	$14.173,80	$14.174
Consumo residencial básico	12	$3.254,32	$39.052	$5.858-	$2.766,17	$33.194
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$55.727	$8.359-		$47.368
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$1.189-	$6.737,12	$6.737
Consumo residencial básico	12	$3.348,33	$40.180	$6.027-	$2.846,08	$34.153
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$48.106	$7.216-		$40.890

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2	
Subtotal Otros Cobros ③				$2	

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 $88.260

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $44.129

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.471

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

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

4531

cedula

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto	08 de Agosto

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Gudiela Polo miranda

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?* 64718782

4. ¿Cuál es su número de celular? 3103431126

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 63 h N° 119 b-74

7. ¿Cuál es su edad? *

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

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

9. ¿Actúa usted como padre/madre, tutor(a) legal, acudiente y/o representante?*
⊗ Si → 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)?* Pamela Michel Maldonado Polo

*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)?* 1011324989

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ⊗ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3103431126

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

4532

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Cll 63 h N° 119 B-74

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

○ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

4530

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 Gudiela Polo Miranda Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 64718782 de Sucre y domiciliado en el barrio Engativá, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION 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 8 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Gudiela Polo
C.C: 64718782
Teléfono: 3103431126
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Cll 63 # N° 119 b 74
Pamela Maldonado Polo
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1011324989

4534

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.011.324.989**

MALDONADO POLO
APELLIDOS

PAMELA MICHEL
NOMBRES

pamela Michel Maldonado
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-AGO-2026 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00760010-F-1011324989-20151106 0047362462A 1 1283617161

4535

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	1011324989
NOMBRES	PAMELA MICHEL
APELLIDOS	MALDONADO POLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	27/08/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/08/2023 14:03:03	**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".

474



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 marque 4 de cualquier ciudad

1768641-3

ECOLÓGICO FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 734247368-6

12474 (887) 12474

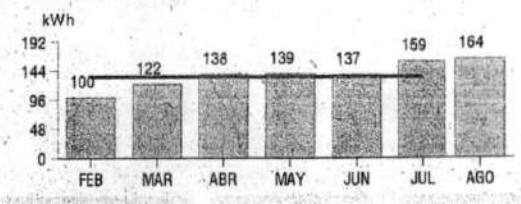
CLIENTE

MARTIN A HERNANDEZ ESPITIA
CL 63 H NO 119 B - 74

BOGOTÁ, D.C.
SABANA DEL DORADO

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $798.50

CONSUMO DIARIO: 5.2 kWh

VALOR DIARIO: $2,550

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

DÍAS FACTURADOS: 31

CONSUMO MES 164 kWh

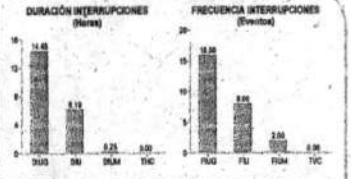
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 134 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 5 05 501 1061
RUTA LECTURA:	3000 5 05 507 0496
MANZANA DE LECTURA:	MS00565703
MEDIDOR NO:	25374850
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 114377R1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Junio/2023 DI: 329.38 CF: 137 MC: 0 MF: 1 %t: 10

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 026 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.

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.

OFICINA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción No.2	601 5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Rappi pay, MOVII, DaviPlata, NEQUI, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, TODO1, Bancolombia, 4-72, El servicio de efectivo 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 mas información. Ya no se acepterá el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Toberín.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: JUN/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00	/ $831.34 Costo kWh Mes	798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2008. 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 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 012339 de 26 de diciembre de 2022.

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

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

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

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

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 AGO2023

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.

GRUPO 1 CIRCUITO PR18 1145781 - NIVEL DE TENSIÓN 2 Factura CUN: FACTURACIÓN 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. El prestador del servicio de comercialización y distribución

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

1 Total Energía $79,050 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $79,050

PAGO OPORTUNO 11 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN ⓑ 15 AGO/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1768641-3

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 31 AGO/2023

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

CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	59118		58954		164		$798.50		$130.955
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X		Valor kWh $798.5036	X	Beneficio -50.00%				$-51.903
								SUBTOTAL:	$79,052

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2,550 DIARIOS

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (CREDITO) $-2

SUBTOTAL: $-2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $79,050

Otros cobros de productos y servicios

enel X

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

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

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

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

ESTIMADO CLIENTE: La Tarifa para el Consumo de Subsistencia (0 - 150 Kwh/mes) es de $399.2518 KWh



El cuidado se comparte.

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

PAGO OPORTUNO 11 AGO/2023

TOTAL A PAGAR $79,050

(415)7707209914253(8020)01176864137342473686(3900)0000000079050

NÚMERO DE CLIENTE 1768641-3

Factura de Servicios Públicos No. 734247368-6

4537

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 adolescente	10 de Agosto 3:45 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Cecilia Morales Quintero

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.383.926

4. ¿Cuál es su número de celular? 3202937967

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * diana.cquintero78@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 70B #105F-27

7. ¿Cuál es su edad? * 45

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1019055240

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)? 3202932967

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * diana.cquintero078@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4538

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) (Y) Ninguna de las anteriores ○ Prefiero no contestar
○ No aplica ○ Otro _____

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 70 B # 105 F - 27

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

(X) 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 (X) Voz a voz (X) 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? _____ (X) No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente (X) 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

4539

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 Cecilia Morales Quintero Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52 383 976 de Bogotá y domiciliado en el barrio Plazuelas, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Basketball Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Diana Morales Quintero
C.C: 52 383 926
Teléfono: 320 293 29 67
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 312 5 91 67 67
Dirección: Cll 70B # 105 F 27

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Sharon Daniela Pecado Morales
Número de identificación 1019 055 240

4540

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.019.055.240
PRECIADO MORALES
APELLIDOS
SHARON DANIELA
NOMBRES

Sharon Preciado
FIRMA



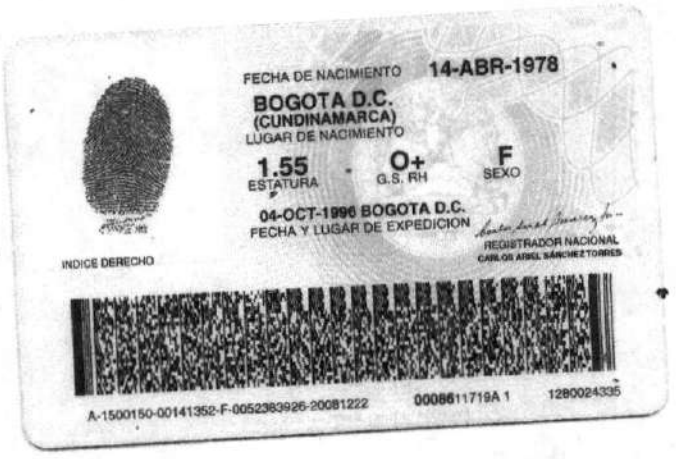


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
05-NOV-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
30-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00936825-F-1019055240-20170901 0057236404G 1 1624596263


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.383.926
MORALES QUINTERO
APELLIDOS
DIANA CECILIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
04-OCT-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00141352-F-0052383926-20081222
0008611719A 1
1280024335

4542

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) SHARON DANIELA PRECIADO MORALES identificado(a) con TI 1019055240 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2018**
Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS PRIMAVERA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 10 días del mes 8 del año 2023 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

4543

www.efecty.com.co

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

PROMOTORA DE VIVIENDA PROVINSA SA
CL 70B 105F 27

ENGATIVA
VILLA AMALIA

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

ZONA: 2 **CICLO:** J2 **RUTA:** J22388

Datos del medidor

MARCA: ECSTER NÚMERO: A18FA519094 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10645362**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14369071619**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo): **$510.950**

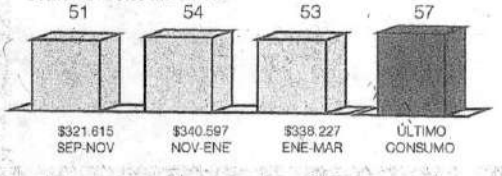
Fecha de pago oportuno: JUN/20/2023

Fecha de suspensión: JUN/23/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1226	CONSUMO (m³)	57
LECTURA ANTERIOR:	1169		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
MAR/17/2023 - MAY/15/2023

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/12/2023 *
RANGO CMO BÁSICO Bimestral según Resolución CRA-750/2016 (0m3 - 22 m3)

Resumen de su cuenta

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$16.675,06	$16.675	$2.501-	$14.173,80	$14.174
Consumo residencial básico	22	$3.254,32	$71.595	$10.739-	$2.766,17	$60.856
Consumo residencial superior a básico	35	$3.254,32	$113.901	$0	$3.254,31	$113.901
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$202.171	$13.240-		$188.931
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$1.189-	$6.737,12	$6.737
Consumo residencial básico	22	$3.348,33	$73.663	$11.049-	$2.846,08	$62.614
Consumo residencial superior a básico	35	$3.348,33	$117.192	$0	$3.348,34	$117.192
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$198.781	$12.238-		$186.543

Otros Cobros	No. Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$4-	
Intereses de mora			$280	
Subtotal Otros Cobros ③			$276	

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: $375.750

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO: $187.737

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO: $6.258

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

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

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



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

4544

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490 - 2023	Baloncesto adolescentes	10 de Agosto 3:40 pm

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diana Cecilia Morales Quintero

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.383.926

4. ¿Cuál es su número de celular? 3202932967

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * diana.cquintero078@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 90 B #105F-27

7. ¿Cuál es su edad? * 45

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

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

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

(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 (Y) Menor de edad

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1016951742

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ⓨ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3202932967

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * diana.cquintero78@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4545

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 90B #105F-27

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

○ Fisica ○ Auditiva ○ Visual ○ Sordoceguera ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple
(X) 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?_____ (N) No ○ Prefiero no responder ○ No aplica

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria (Y) Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ○ Otro ¿Cuál? _____

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

(Y) 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 (X) 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?_____ (Y) No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

○ Empleado(a) ○ Independiente (Y) 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!

4596

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 Cecilia Morales Quintero Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52 383 926 de Bogotá y domiciliado en el barrio Mazuelos (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Basquetball 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 16 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Diana Morales Quintero
C.C: 52 383 926.
Teléfono: 320 293 29 67
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 312 591 6767
Dirección: Cll 70 B # 105 F 27

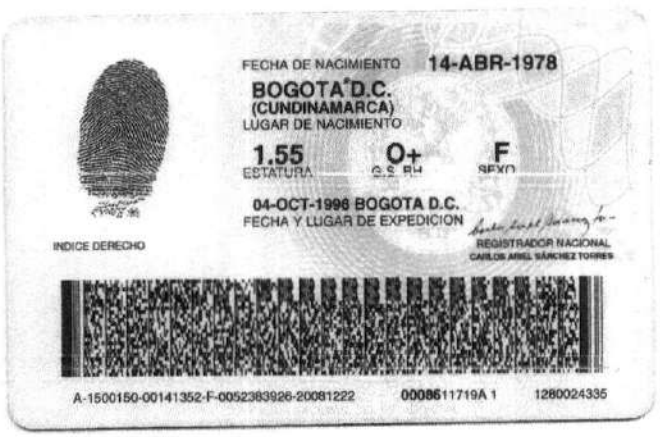
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Dana Valentina Prieciado Morales
Número de identificación 1016 951 742


4547
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.016.951.742
PRECIADO MORALES
APELLIDOS
DANA VALENTINA
NOMBRES
Dana Valentina
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-JUN-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
07-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIO
CARLOS ARIEL SANCHEZ TOR
P-1500150-00640470-F-1016951742-20141114
0041045317A 3
1513095995

4548


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.383.926
MORALES QUINTERO
APELLIDOS
DIANA CECILIA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
F
SEXO
04-OCT-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00141352-F-0052383926-20081222 0008611719A 1 1280024335

4549

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DANA VALENTINA PRECIADO MORALES identificado(a) con TI 1016951742 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2018**
Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS PRIMAVERA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 10 días del mes 8 del año 2023 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

www.efecty.com.co

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanee y pague su factura

Datos del usuario

PROMOTORA DE VIVIENDA PROVINSA SA
CL 70B 105F 27

4550

ENGATIVA
VILLA AMALIA

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

ZONA: 2 CICLO: J2 RUTA: J22388

Datos del medidor

MARCA: ELSTER NÚMERO: A18FA519094 TIPO: VOLU015R315 DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10645362**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **14369071619**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$510.950

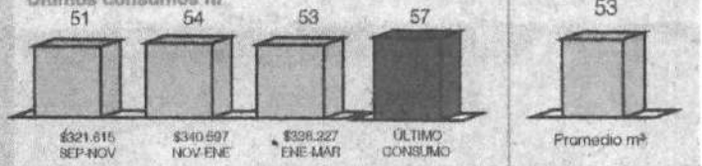
Fecha de pago oportuno: JUN/20/2023

Fecha de suspensión: JUN/23/2023

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1226	CONSUMO (m³)	57
LECTURA ANTERIOR:	1169		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAR/17/2023 - MAY/15/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN JUN/03/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA AGO/12/2023
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	$16.675,06	$16.675	$2.501-	$14.173,80	$14.174
Consumo residencial básico	22	$3.254,32	$71.595	$10.739-	$2.766,17	$60.856
Consumo residencial superior a básico	35	$3.254,32	$113.901	$0	$3.254,31	$113.901
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			**$202.171**	**$13.240-**		**$188.931**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.926,02	$7.926	$1.189-	$6.737,12	$6.737
Consumo residencial básico	22	$3.348,33	$73.663	$11.049-	$2.846,08	$62.614
Consumo residencial superior a básico	35	$3.348,33	$117.192	$0	$3.348,34	$117.192
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			**$198.781**	**$12.238-**		**$186.543**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4-	
Intereses de mora				$280	
Subtotal Otros Cobros (3)				**$276**	

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) $375.750

CONSUMO MES (AGUA Y ALCANTARILLADO) $187.737

CONSUMO DIA (AGUA Y ALCANTARILLADO) $6.258

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11601800-10 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.086.126 03.06.2023

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

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



Cedula

455 F

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	10/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * NIDIA LEGUIZAMÓN

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?* 1050693013

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133631143 3223052307

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * nily0.0602@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cll 88 #95G-15 BACHUE

7. ¿Cuál es su edad? * 31

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)?* Danna Gabriela Ocampo leguizamon

*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)?* 1220248186

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)? No tiene

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4552

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 88 #956 -15.

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

⊘ Excelente ○ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

10

¡Gracias por su tiempo!

4553

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 NIDIA LEGUIZAMÓN Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1050693013 de CIENEGA y domiciliado en el barrio BACHUE, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Balonceto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: NIDIA LEGUIZAMON
C.C: 1050693013
Teléfono: 3133631143-3223052307
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3133631143-3223052307
Dirección: cll 88 #956-15 BACHUE

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Danna Gabriela Ocampo Leguizamon
Número de identificación 1220218186.

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

45548

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.220.218.186
OCAMPO LEGUIZAMON

APELLIDOS
DANNA GABRIELA

NOMBRES
Danna Gabriela

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-OCT-2032 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
06-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01273339-F-1220218186-20211220 0077498495A 2 8503090435

10:28

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_interne...
aplicaciones.adres.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1220218186
NOMBRES	DANNA GABRIELA
APELLIDOS	OCAMPO LEGUIZAMON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/10/2023 10:28:30 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

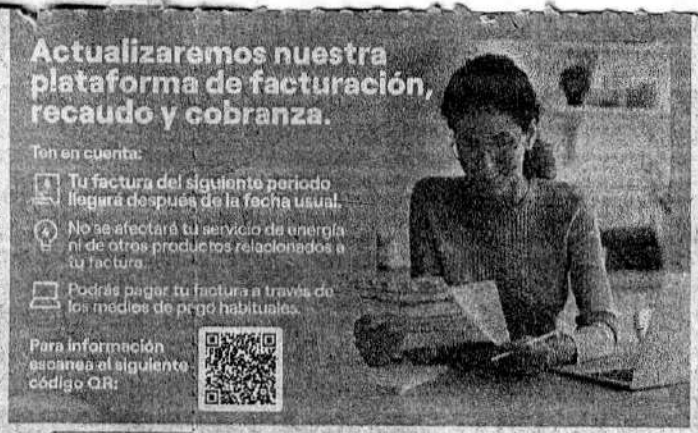
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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 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

455610

61731



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: Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115 · EMERGENCIAS: 115 Gratuita las 24 horas · DENUNCIAS: 601 5 894 894 denuncias@enel.com · DEFENSOR DEL CLIENTE: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-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 · Baloto · Bancolombia · Su Red · MOVIRED · puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel**

Almacenes de Cadena: Jumbo · Alkosto

Código QR

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

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

Vigencia: MAY/2023

Tarifa aplicada Opcion Tarifaria 792.95 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3674 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Sujeto autorretenedores según Resolución No. 0047 de 28 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 108 DE 1996

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

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

Esta factura se cobró pasado mes de consumo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 0156/11 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: 05 JUN/2023

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

61731

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:

0629012-2

61731

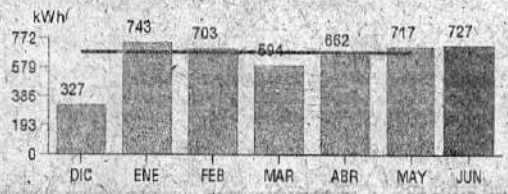
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 726753454-8

CLIENTE

CARLOS EDUARDO LUGO ZAPATA
CL 88 NO 95 G - 15 AP 101
APTO 101
BOGOTÁ, D.C.
CIUDAD BACHUE I ETAPA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $792.95

CONSUMO DIARIO 25.0 kWh

VALOR DIARIO: $23.854

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 681 kWh

PERIODO FACTURADO: 02 MAY/2023 A 31 MAY/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

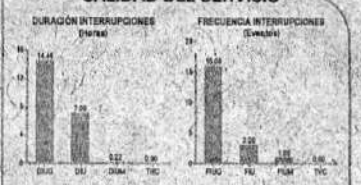
CONSUMO MES 727 kWh

¡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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 05 702 2133
RUTA LECTURA:	3000 7 05 794 0043
MANZANA DE LECTURA:	EL00563120
MEDIDOR NO:	22569435
MEDIDOR NO:	22569435

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11240TR1 · GRUPO: 11 · HC: 0.00 · VC: 0 · CEC: 0.00
PERIODO: Abr/2023 · Dt: 214.28 · Cf: 662 · MC: 0 · MF: 1 · %t: 19

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

(24809) 23.998 - Page 1 of 2

(cedula 4557

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	10/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Nida Leguizamón

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?* 1050693013

4. ¿Cuál es su número de celular? 3133631143 3223052307

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * niyos.0602@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * cll 88 #a56-15

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? *

(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 Ocampo Leguizamon.

*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)?* 1220214866

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 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? Calle 88 #95 G - 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

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!

4559

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 NIDIA LEGUIZAMÓN L Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1050693013 de CIENEGA y domiciliado en el barrio BACHUE, (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 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: NIDIA LEGUIZAMÓN
C.C: 1050693013
Teléfono: 3133631143
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3223052307
Dirección: Cll 88 #956-15

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Juan Diego Ocampo Leguizamón
Número de identificación 1220214866

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.220.214.866
OCAMPO LEGUIZAMON

APELLIDOS
JUAN DIEGO

NOMBRES
Juan diego Ocampo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-ENE-2031 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
23-JUL-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01247516-M-1220214866-20210802 0075166167A 1 8502487125

10:29 44%
aplicaciones.adres.g...
aplicaciones.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
NUMERO DE IDENTIFICACION	1220214866
NOMBRES	JUAN DIEGO
APELLIDOS	OCAMPO LEGUIZAMON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	23/01/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

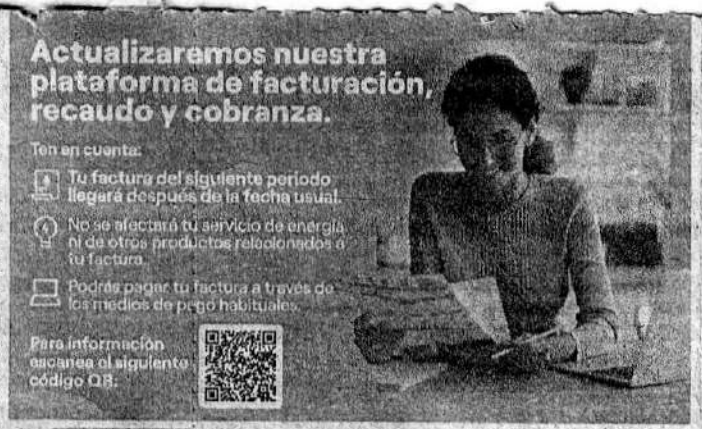
Fecha de impresión: 08/10/2023 10:29:41 | Estación de origen: 192.168.70.220

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

4562

61731



Contáctanos

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

@EnelClientesCO | WhatsApp 316 890 6003 | Formulario PQRs en www.enel.com.co sección Hogares y haz click en Radicación de Peticiones, Quejas o Reclamos.

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS	DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
Bogotá y Cundinamarca 601 5 115 115	115 Opción 1 en 24 horas	601 5 894 894 denuncias@enel.com	https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com.co

¿Cómo pagar tu factura?

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

Billetera Virtual: Daviplata | MOVII | NEQUI | tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED | efecty | Reval | Baloto | Bancolombia | Su cercano punto de servicio | MOVIIRED | puntored

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel**

Código QR

Almacenes de Cadena: Jumbo | 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. Te no se aceptará el pago de la factura de energía en el SUPERCADE Suba, SUPERCADE Bosa y CADE Soacha.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:	Vigencia: MAY/2023	Tarifa aplicada Opción Tarifaria
G:268.64 T: 46.53 D: 253.40 CV: 72.06 PR: 54.81 R: 35.18 CF: 0.00	$730.62 Costo kWh Mes	792.95 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3814 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,24 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. NA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.

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

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

Esta factura de deberá pagarse máximo ejecutoriada 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 modifica el Código de Medida, se establecen obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, 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: 05 JUN2023

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.

grupo 1 CIRCUITO: BL15-11248TR1 - NIVEL de tensión: PROMEDIO. Frecuencia: 60 Hz. FACTURACIÓN: es El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Do

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:

0629012-2

61731

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 726753454-8

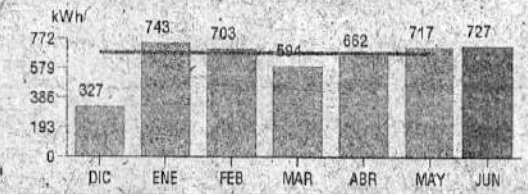
61731

CLIENTE

CARLOS EDUARDO LUGO ZAPATA
CL 88 NO 95 G - 15 AP 101
APTO 101
BOGOTÁ, D.C.
CIUDAD BACHUE I ETAPA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $792.95

CONSUMO DIARIO: 25.0 kWh

VALOR DIARIO: $23.654

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 681 kWh

PERÍODO FACTURADO: 02 MAY/2023 A 31 MAY/2023

DÍAS FACTURADOS: 29

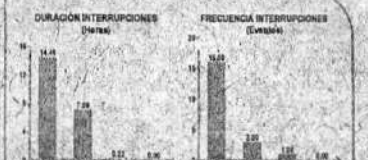
CONSUMO MES: 727 kWh

¡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:	Comercial
ESTRATO:	0
CARGA kW:	11
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 05 702 2133
RUTA LECTURA:	3000 7 05 794 0043
MANZANA DE LECTURA:	EL00563120
MEDIDOR NO:	22569435
MEDIDOR NO:	22569435

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 11248TR1 | GRUPO: 11 | HC: 0.00 | VC: 0 | CEC: 0.00
PERIODO: Abril/2023 | DI: 214.38 | CF: 0.0 | MC: 0 | MF: 1 | Nt: 19

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

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

(24809)

23.988 - Page 1 of 2

4563

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	10/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Karen Lorena Mesa Contreras

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?* 1.119.891.204

4. ¿Cuál es su número de celular? 3219085145

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 87 #95 int 103.

7. ¿Cuál es su edad? * 29

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1119892095

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? Calle 87 #95 - 41 int. 103.

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 Punto Parque San Andres ○ 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!

4565

BOGOTÁ

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

CPS-490-2023

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

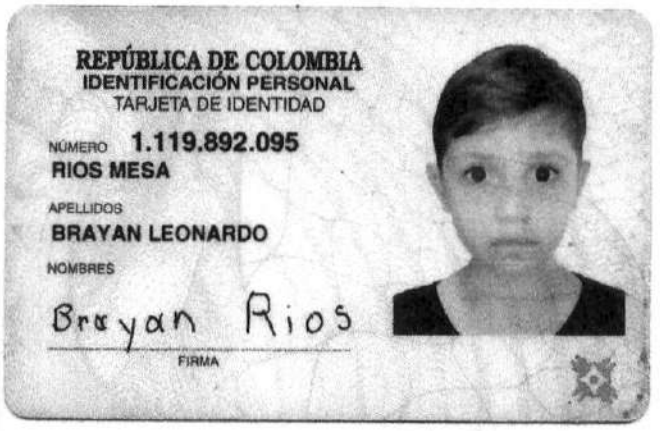
Yo Karen Lorena Mesa Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.119.891.204 de Cumaral (Meta y domiciliado en el barrio Bachue I (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada 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 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, MadreX padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Karen Lorena Mesa Contreras
C.C: 1.119.891.204
Teléfono: 3219055145
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3102601652
Dirección: calle 87 # 95-41 - B
Barrio Bachue I
Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Brayan Leonardo Rios Mesa.
Número de identificación 1119892095

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

4566



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.119.892.095
RIOS MESA

APELLIDOS
BRAYAN LEONARDO

NOMBRES
Brayan Rios

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-2013
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
M
SEXO
15-OCT-2020 CUMARAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-5202000-01172637-M-1119892095-20201021 0072160654A 1 8500798812

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	1119892095
NOMBRES	BRAYAN LEONARDO
APELLIDOS	RIOS MESA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	CUMARAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	15/04/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/09/2023 13:35:04	**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

FACTURA POR 2 MESES

6877

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
BLANCA DE CAMEJO
CL 87 95 41 IN 103

4558

ENGATIVA
CIUDAD BACHUE I ETAPA

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

ZONA: 2 **CICLO:** F2 **RUTA:** F22201

Datos del medidor
MARCA: C.W.M. NÚMERO: 96DH9X0376 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10385298**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **11615525612**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) **$141.337**

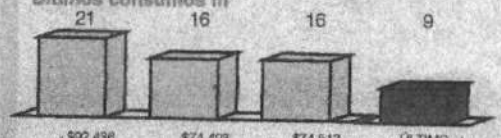
Fecha de pago oportuno **Inmediato**

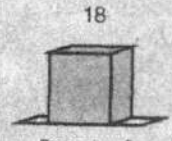
Fecha de suspensión **Inmediato**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3812	CONSUMO (m³)	9
LECTURA ANTERIOR:	3803		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
ENE/05/2023 - MAR/04/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN MAR/23/2023 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA MAY/31/2023
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	$15.991,46	$15.991	$6.396-	$9.594,87	$9.595
Consumo residencial básico	9	$9.122,42	$29.102	$11.241-	$1.873,46	$16.861
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$44.093	$17.637-		$26.456
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$7.601,09	$7.601	$3.040-	$4.560,66	$4.561
Consumo residencial básico	9	$3.216,80	$28.967	$11.587-	$1.931,16	$17.380
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$36.568	$14.627-		$21.941

Otros Cobros	No	Cuota	Interes	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$3	
Ben. Min. Vital Total				$16.861-	
Deuda anterior				$52.638	
Intereses de mora				$510	
Subtotal Otros Cobros (3)				$36.290	

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual **$16.861-**

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS (1)+(2)+(3)+(4)	$84.687	CONSUMO MES	$24.199	CONSUMO DIA	$820

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-11001009-10 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT 800.666.613-8

¡Pásate a la factura virtual y elimina el papel!
¡Gana el planeta y ganas tú!



Los usuarios inscritos en Factura Virtual de Acueducto, obtienen un
20% DESCUENTO
en su primera compra de fracciones o billetes de Lotería de Bogotá

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

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

Cedula 4569

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	10/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Juan Enrique Salcedo Rodriguez

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 80814475

4. ¿Cuál es su número de celular? 3012549627

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * enriquesalcedo84@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cr 101 No 82-52 int 7

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

○ Mascota

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

*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 extranjería ○ NIT
○ Pasaporte ○ Permiso Especial de Permanencia ○ Otro ¿Cuál? _____

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141135238

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)? No tiene

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Carrera 101 # 82-52 int 7

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.

8.

¡Gracias por su tiempo!

4571

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 Jair Salcedo Rodriguez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 80814475 de Bogotá y domiciliado en el barrio Bochica, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si (X) no ( )*

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

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

Nombre: Jair Salcedo

C.C: 80814475

Teléfono: 3012549627

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3177686947

Dirección: Cr 101 No 82-52 int 7

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Miguel Ángel Salcedo

Número de identificación 1141135238

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

4572

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55980208

55980208

NUIP: 1141135238

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [67] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [D T Y]

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALCEDO**********	VARGAS**********

Nombre(s): MIGUEL ÁNGEL**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes NOV Día 16	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**********	13731233-3*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VARGAS AVENDAÑO SONIA ALEJANDRA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1030524199 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SALCEDO RODRIGUEZ JAIR ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80814475 DE BOGOTA**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SALCEDO RODRIGUEZ JAIR ENRIQUE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80814475 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 NOV Día 18	JAIME ALEJANDRO CASTRO TORRES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

UT SERVISALUD SAN JOSE

4573

NIT901.127.521-0

CERTIFICACION

Hacemos constar que **MIGUEL ANGEL SALCEDO VARGAS**identificado(a) con **RC 1141135238** se encuentra en estado **ACTIVO** como **BENEFICIARIO** en el servicio medico que presta **UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA.** Regimen de excepción.

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

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

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

ATENTAMENTE,

Generado: Aplicativo Integr@ UT SERVISALUD SAN JOSE - BOGOTA

4574

JAIR ENRIQUE SALCEDO RODRIGUEZ
KR 101 82 52 IN 7 AP 512
Número Identificación: 80814475
e - mail: enriquesalcedo84@gmail.com
Teléfono 6017121752 Estrato 3

Estado de cuenta al día

Número de cuenta para pagos	**12054735522**
Total a pagar	**$ 79.900**
Fecha límite de pago para evitar suspensión	**31 Jul 2023**

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



Pagar tu servicio es muy fácil, en: **etb.com/pagos**
pse
No requieres factura física.
PAGA AQUÍ

Resumen de cuenta

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

Detalle de cargos facturados	Valor
• Paquete internet y voz (09 Jul - 8 Ago)	$ 78.095,00
• IVA 19%	$ 1.805,00
Total servicio del mes	**79.900,00**

El hurto o daño a los bienes de ETB afecta la disponibilidad del servicio y puede llegar a dejarlo sin éste por un período indeterminado, lo que escapa a las labores habituales de mantenimiento que realiza ETB. DENUNCIE cualquiera de las siguientes situaciones:
1. Presencia de personal ajeno a ETB en postes, ductos o manipulando cajas, tapas o cables telefónicos.
2. Presencia de personal ajeno a ETB manipulando medidores o centros de medición.
3. Cajas o tapas levantadas o en la intemperie.
4. Rollos de cable dejados en la intemperie.
5. Cualquier otra actividad irregular en la red.

Si tiene dudas de la autenticidad del personal de ETB que esté realizando actividades sobre nuestra infraestructura, llame inmediatamente a la siguiente línea y así protegerá la disponibilidad de sus servicios.
Línea Bogotá 601242 2222 ó 601242 3888
Su apoyo es importante para mantener un buen servicio.

TU NÚMERO DE CUENTA PARA PAGOS ES: 12054735522
Con este número siempre podrás pagar sin factura física en: etb.com/pagos vía pse, con tu banco tradicional, DaviPlata o Nequi.
También puedes pagar en Efecty.



Facturador: Revchain Solutions LLC Sucursal Colombia Nit 900.817.668-1
Software: Revchain Con Cesión parcial del contrato a: Techrea, con NIT: 900.306.554-8

Informativo: Cláusula de Permanencia (Res. 4930 CRC)

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

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

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

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

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

4575

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 infantil	10 de Agosto

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Yudy Paola Obando Pizarro

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 1123203898

4. ¿Cuál es su número de celular? 3118180272

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * yudy.paola198617@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 64D # 105D-35

7. ¿Cuál es su edad? * 36

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1014264907

14. ¿Cuál es la edad (en años) de su representado(a)?* 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

○ Contributivo ◔ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3118180272

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * yuly.paola198617@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4576

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

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

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

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

26. ¿Cuál es la dirección de su representado? Calle 64 D #105 D-35

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

○ Masculino (X) 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) (X) 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
(X) 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!

4577

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 Yudy Paola Obando Identificado (a), con la cédula de ciudadanía No. 1.123 203 898 de Puesto ASIS Putumayo y domiciliado en el barrio el muelle, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ Baloncesto Adaptada x 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 10 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre x padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Yudy Paola Obando
C.C: 1.123 203 898
Teléfono: 311 818 0272
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: cll 64 o 105 o 35
Eliana Sofia Castillo
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1.014. 264. 902

4578.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.014.264.902
CASTILLO OBANDO

APELLIDOS
ELIANA SOFIA

NOMBRES
Eliana sofia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-ABR-2031 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
19-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01225456-F-1014264902-20210329 0073945498A 1 8501758549

4579

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.203.898**

OBANDO PIZARRO

APELLIDOS

YUDY PAOLA

NOMBRES

yu dy paola obando

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-1986**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

11-JUL-2005 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6400200-00967509-F-1123203898-20180105 0059086785A 1 9902676642

4580.

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

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1297482

Que el (la) señor(a) SLP. JORGE ENRIQUE CASTILLO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía 80029287 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
ELIANA SOFIA CASTILLO OBANDO	TI	1014264902	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

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

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

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

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

Dada en Bogotá D.C., el día 10 de agosto de 2023.

Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS

Powered by CamScanner

a581

23,872 - Page 2 of 2

No. Cuenta 1063048-5 26210

1 Total Energía $257,120 + 2 Portafolio Enel X $0 = Total a Pagar $257,120

PAGO OPORTUNO 09 AGO/2023

FECHA DE SUSPENSIÓN 11 AGO/2023

ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1063048-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 29 AGO/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	85726		85339		387		$798.50		$309,021
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X		Valor kWh $798.5036	X	Beneficio -50.00%				$-51,903
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $8,086 DIARIOS							SUBTOTAL:		$257,118

Otros cobros asociados a energía

AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$2
SUBTOTAL:	$2

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $257,120

Otros cobros de productos y servicios

enel x

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

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

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

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

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



El cuidado se comparte.

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

PAGO OPORTUNO 09 AGO/2023

TOTAL A PAGAR $257,120

NÚMERO DE CLIENTE 1063048-5

Factura de Servicios Públicos No. 733859308-3

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

45826

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

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Laura Daniela Saavedra Cortes

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?* 1007341529

4. ¿Cuál es su número de celular? 3118915636

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * lauradsc2000sa@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 113 # 74 - 11

7. ¿Cuál es su edad? * 23

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1014291680

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)? 3118915636

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * lauradsc2000sa@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4583

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 113 # 74 - 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 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? Desempleada

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

4584

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 Daniela Saavedra Cortes Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1007341529 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Bde 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 11 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__

Nombre: Laura Daniela Saavedra Cortes.

C.C: 1007 341529.

Teléfono: 3118915636. 3227638169 Yina Cortes abuela.

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3105783579 - Bis Abuela Stella Lopez.

Dirección: Cra 113 # 74 11.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Samuel Alejandro Pineda Saavedra.

Número de identificación 1014 291 680.

4585

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.014.291.680**

PINEDA SAAVEDRA

APELLIDOS

SAMUEL ALEJANDRO

NOMBRES

Samuel Pineda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-SEP-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01319878-M-1014291680-20220921 **0086**076490A 1 8505643855

4586

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.341.529**

SAAVEDRA CORTES

APELLIDOS

LAURA DANIELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUL-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01022585-F-1007341529-20180716 **00619**16680A 1 1625044213

4587

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0003000100 – 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 1014291680
NOMBRES Y APELLIDOS	Pineda Saavedra,Samuel Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Saavedra Cortes,Laura Daniela, a los 11 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4588

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007341529
NOMBRES Y APELLIDOS	Saavedra Cortes,Laura Daniela
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Saavedra Cortes,Laura Daniela, a los 11 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

ACTURA POR 2 MES

22807

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

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

Escanear y pagar la factura

Datos del usuario

LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO Y CIA LTDA
KR 113 74 11

4589
ENGATIVA
VILLAS DE GRANADA

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

ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22269B

Datos del medidor

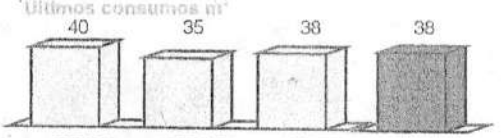
MARCA: WATERTECH NÚMERO: 11-1266147 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: ½

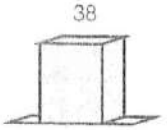
CUENTA CONTRATO Número para cualquier consulta	10555147
Factura de Servicios Públicos No. Número para pagos	13694472419
TOTAL A PAGAR Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)	$346.970
Fecha de pago oportuno	AGO/10/2023
Fecha de suspensión	AGO/15/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA:	2553	CONSUMO (m³)	38
LECTURA ANTERIOR:	2515		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
MAY/11/2023 - JUL/10/2023

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	Facturación (a) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.061,04	$17.061	$2.559-	$14.501,86	$14.502
Consumo residencial básico	22	$3.329,01	$73.238	$10.986-	$2.829,66	$62.252
Consumo residencial superior a básico	16	$3.329,01	$53.264	$0	$3.329,00	$53.264
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$143.563	$13.545-		$130.018
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.109,48	$8.109	$1.216-	$6.893,07	$6.893
Consumo residencial básico	22	$3.423,84	$75.324	$11.298-	$2.910,27	$64.026
Consumo residencial superior a básico	16	$3.423,84	$54.782	$0	$3.423,88	$54.782
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$138.215	$12.514-		$125.701

Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena			$1	
Intereses de mora			$460	
Subtotal Otros Cobros (3)			**$461**	

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) $256.180

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $127.860

CONSUMO DIA AGUA Y ALCANTARILLADO $4.192

el agua

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 las grifos y si detectas fugas, repáralos a tiempo

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

BOGOTÁ

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS SPD. UNICO DE REGISTRO 1-11-1000000-16 EAB-ESP

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT: 800.096.812-6 29 07 2023

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 LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10555147**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **13694472419**

Período facturado
MAY/30/2023 - JUL/29/2023

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			Estrato:	3
Und. Res. Ocup:	2	Und. No Res. Ocup:	0	Densidad:	0.000
Und. Res. Desocup:	000	Und. No Res. Desocup:	000	Volumen:	0.00
Frec. Barrido:	02	Frec. Recolección:	03	% Participación:	0.000%

COMPONENTES DE TARIFAS

Costo Fijo Total CFT:	Costo Variable No Aprovechables:	Valor Base Aprovechamiento:
48.675,62	35.012,19	143.585,51

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:
0.0027	0.0012	0.0000
Efectivamente Aprovechadas:	0.0380 Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:	0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3	2	1	DIAS LIQUIDADOS:
$86.053	$91.273	$90.134	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$106.617	Interés de Mora	$161
Subsidio	$15.993-	Ajuste a la Decena	$5

Subsidio	15%
Aporte	00%

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

VALOR ASEO $ 90.790

SU APORTE PARA LA PRESERVACIÓN Y RESTAURACIÓN DEL AMBIENTE

TARIFA DE USO	$23,57	$27,73	$962
TARIFA TRIBUTIVA	$72,70	$85,53	$2.968

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total Cobro de Terceros $0

OPERADOR: BOGOTA LIMPIA

PARA PAGOS

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

pse puntopay tpaga Daviplata Punto de Pago

RECLAMOS 116 110

FACTURA DE COBRO No. **13694472419 - 10555147**
Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

PERÍODO FACTURACIÓN	LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO Y CIA LTDA
MAY/30/2023 - JUL/29/2023	KR 113 74 11

(415)7707200489996(8020)136944724193(3900)000000090790

TOTAL ASEO $90.790

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICION: 29.07.2023

FACTURA DE COBRO No. **13694472419 - 10555147**
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	LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO Y CIA LTDA
MAY/11/2023 - JUL/10/2023	KR 113 74 11

(415)7707200485271(8020)136944724197(3900)000000256180

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO $256.180

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

29.07.2023

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

4590

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
	Basquetbol. Convencional	11 Agosto 2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Sandra Liliana López C.

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

3. ¿Cuál es el número de su documento de identificación?* 52.354.474

4. ¿Cuál es su número de celular? 3213743060

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * sandra.lopez777@hotmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Calle 64D # 69D-38

7. ¿Cuál es su edad? * 43

8. ¿Es usted cuidador o cuidadora? ( ) No (X) 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)?* Maria Camila Moreno López

*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)?* 1028494290

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? Septimo grado

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)? 3175327365

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * milamoreno2018@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

459

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 64D # 69D-38

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

○ Primaria ○ Bachiller ○ Técnico ○ Profesional ✓ Otro ¿Cuál? Septimo grado

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

○ Contributivo ✓ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ✓ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ✓ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

Talla S.

¡Gracias por su tiempo!

4592

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 Liliana Lopez Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52.354.474 de Bogota y domiciliado en el barrio_____, (Madre, padre, tutor y/o cuidador) del (menor y/o persona en condición de discapacidad) acepto la participación en las ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVÁ_____ Adaptada __convencional X del contrato cps-490-2023. Entendiendo en que consiste el proyecto, declaro conocer perfectamente las características de las actividades que se van a desarrollar, la forma en que participaré y las imprevistas circunstancias que puedan surgir durante el evento. En consecuencia, asumo la responsabilidad por los daños que puedan ser causados a mi persona, o pueda causar a terceros, en el momento que está participando en estas. Por tanto, exonero de toda responsabilidad al Fondo de Desarrollo Local De Engativá, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pueda sufrir. ***Así mismo, declaro que me (se) encuentro(a) en buena condición de salud, para participar en las actividades que se llevarán a cabo dentro del proyecto, de igual manera informaré al FDLE en caso de que mi condición de salud cambie***. Finalmente, me comprometo a asistir y participar de todas las actividades propuestas por el proyecto que se va a llevar a cabo en la Localidad de Engativá, también autorizo el libre uso de mi nombre, fotografías y video u otro documento como promoción del presente evento. ***"Conforme la ley 1581 del 2012".*** *Autoriza: si ( ) no ( )*

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

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Sandra Liliana López
C.C: 52.354.474
Teléfono: 3213743060
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Calle 64D # 69D-38

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Maria Camila Moreno López
Número de identificación 1028494290

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.494.290**

MORENO LOPEZ
APELLIDOS

MARIA CAMILA
NOMBRES

camilamoreno
FIRMA





INDICE DERECHO

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

01-NOV-2028 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

16-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00997606-F-1028494290-20180417 0060854177A 3 1364786572

4594

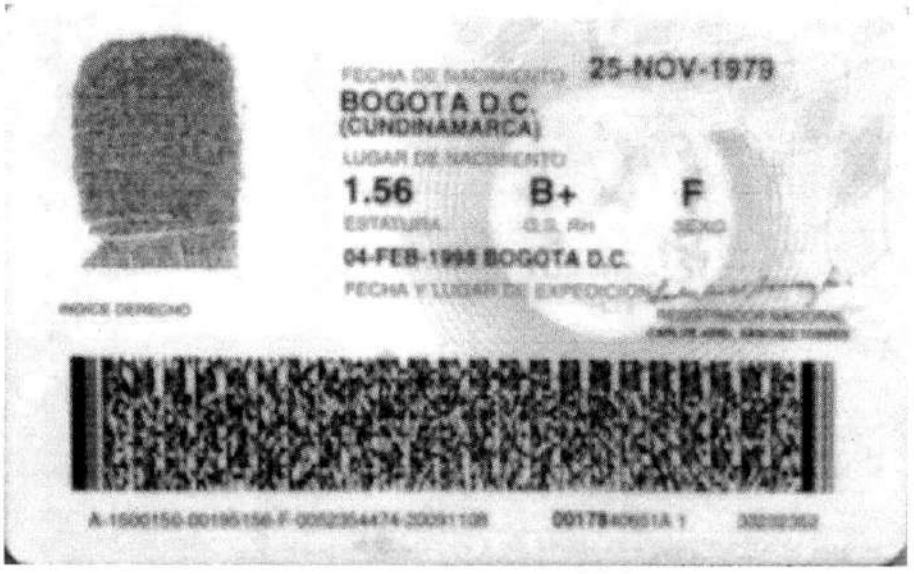


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.354.474
LOPEZ CUCANCHON
APELLIDOS
SANDRA LILIANA
NOMBRES

Sandra López
FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-FEB-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

4598

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 1028494290
NOMBRES Y APELLIDOS	Moreno Lopez,Maria Camila
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lopez Cucanchon,Sandra Liliana, a los 02 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4596

Cuenta o Referencia de pago: 61737777

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

Cliente: GUSTAVO LOPEZ
Direccion: CL 64D 69D 0038 00001
Municipio: BOGOTA
Codigo Postal: 000000 Lote: P02GN
Ruta: 0011370086730005000
Sector: BOSQUE POPULAR Código Sector 217
Medidor No.:5027100-118656

907

vanti Listo

CUPO DISPONIBLE
$ 3.828.000

C1



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la campaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones/ Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplican condiciones señaladas en la política de financiación, consúltala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciacion. Campaña válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asados. Las imágenes incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de referencia y las características de estos se encuentran relacionadas en los términos y condiciones de la campaña.

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

Línea de WhatsApp
(315) 4 164 164

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

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

Línea de Atención de Emergencias
01 8000 919 052

24 horas Móvil y fijo **164**

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

Síguenos como @grupovanti



Powered by CamScanner

4597

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	13/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Arnold Enrique Rosas Peña

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?* 1013593947

4. ¿Cuál es su número de celular? 3122096665

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * a.ga.pe.confort@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Av. Cll 72 # 101 - 33 Barrio los Angeles

7. ¿Cuál es su edad? * 35

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)?* Dylan Mateo Rosas Gutierrez

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1028891588

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. ¿Cuál es el número de celular de su representado(a)? 3122096665

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * a.ja.pe.confor@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? Av. Cll 72 # 101 - 33

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

◯ Contributivo ⊗ Subsidiado ◯ Especial ◯ Ninguno

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

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

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

◯ Si ¿Cuál?_____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

◯ Excelente ⊗ Buena ◯ Regular ◯ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

459.9

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 Arnold Enrique Rosas Peña **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 1013593947 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Ramos Norte, (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 13 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: Arnold Enrique Rosas Peña
C.C: 1013593947
Teléfono: 3213754943
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3122096665
Dirección: AV C 72 # 101-33

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Dilan Mateo Rosas Gutiérrez
Número de identificación 1028891588

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

4600

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.891.588**

ROSAS GUTIERREZ

APELLIDOS

DYLAN MATEO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-JUN-2029 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

13-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-01028904-M-1028891588-20180802 0062149688A 1 1125045492

4601

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.013.593.947**

ROSAS PEÑA
APELLIDOS

ARNOLD ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-FEB-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01131768-M-1013593947-20200212 **00700**57556A 3 8500217296

4602

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

nformación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1028891588
NOMBRES	DYLAN MATEO
APELLIDOS	ROSAS GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

)atos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 07/31/2023 14:10:30 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

a 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 alud 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 eporte 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".

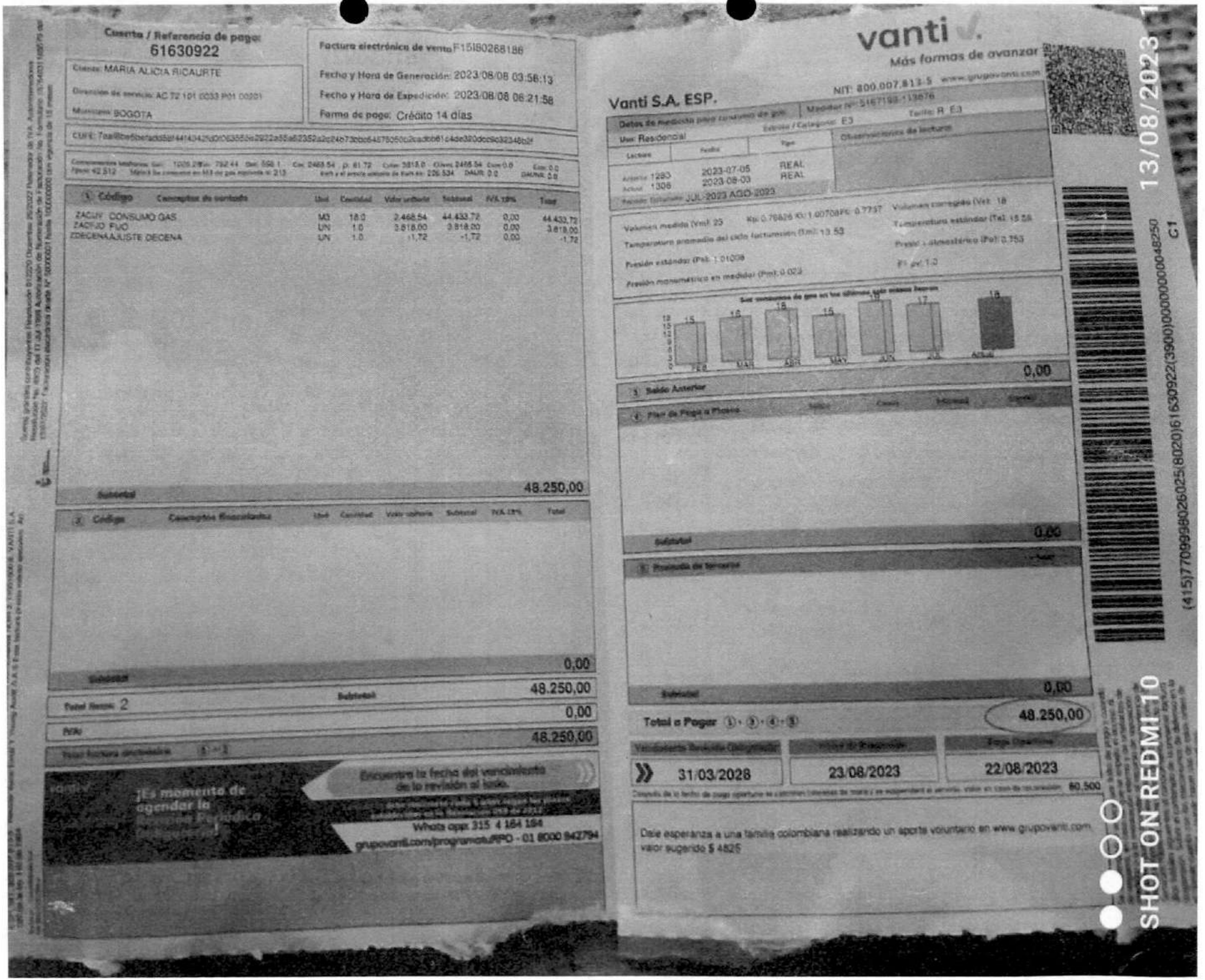
especto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por a EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen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

a 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, orresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

sta 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 restación de los servicios de salud a los usuarios.

i 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 e la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



Cuenta / Referencia de pago:
61630922

Factura electrónica de venta F15I80268186

Cliente: MARIA ALICIA RICAURTE

Dirección de servicio: AC 72 101 0033 P01 00201

Municipio: BOGOTA

Fecha y Hora de Generación: 2023/08/08 03:56:13

Fecha y Hora de Expedición: 2023/08/08 06:21:56

Forma de pago: Crédito 14 días

CUFE: 7aa8be6befadd5bf44f4342fd0f063556e2922a55a62352a2c24b730bb64575050c2cadbb61c4de320dcc9c32348b3f

Código	Conceptos de consumo	Und	Cantidad	Valor unitario	Subtotal	IVA 19%	Total
ZACUV	CONSUMO GAS	M3	18,0	2.468,54	44.433,72	0,00	44.433,72
ZACFIJO	FIJO	UN	1,0	3.818,00	3.818,00	0,00	3.818,00
ZDIGENAAJUSTE	DECENA	UN	1,0	-1,72	-1,72	0,00	-1,72

Subtotal 48.250,00

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

Subtotal 0,00

Total Items: 2 Subtotal 48.250,00

IVA 0,00

Total factura electrónica 1 + 2 48.250,00

vanti

¡Es momento de agendar la revisión periódica!

Encuentra la fecha del vencimiento de la revisión al lado.

Whats app: 315 4 184 194

grupovanti.com/programaRPO - 01 8000 942794

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: 5167193-13676

Uso: Residencial | Estrato / Categoría: E3 | Tarifa: R E3

Lectura	Fecha	Tipo	Observaciones de lectura
Anterior 1283	2023-07-05	REAL	
Actual 1306	2023-08-03	REAL	

Periodo Facturado: JUL-2023 AGO-2023

Volumen medido (Vm): 25 Kp: 0.76826 Kt: 1.00708 Pc: 0.7737 Volumen corregido (Vc): 18

Temperatura promedio del ciclo facturación (Tm): 13.53 Temperatura estándar (Te): 15.56

Presión estándar (Pb): 1.01008 Presión atmosférico (Pa): 0.753

Presión manométrico en medidor (Pm): 0.023 Fc: 1.0

Tus consumos de gas en los últimos seis meses (m3)

FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	ACTUAL
15	16	18	15	18	17	18

1 Saldo Anterior 0,00

4 Plan de Pago a Plazos

Subtotal 0,00

5 Promoción de Temporada

Subtotal 0,00

Total a Pagar 1 + 3 + 4 + 5 48.250,00

Vencimiento Tarifa Categoría	Fecha de Expedición	Fecha Oportuna
31/03/2028	23/08/2023	22/08/2023

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

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com valor sugerido $ 4825

(415)7709998026025(8020)616309222(3900)0000000048250

13/08/2023

SHOT ON REDMI 10

4604

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: 15/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Diego Hernando Cardenas Zamudio

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?* 79966971

4. ¿Cuál es su número de celular? 3183277028

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Cra 114a # 76 - 11

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 (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? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1023385512

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)? 3183277028

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4605

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 114a #76-11

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?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊗ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊗ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊗ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

S

¡Gracias por su tiempo!

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

4606

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.385.512**

CARDENAS AYA

APELLIDOS

SAMUEL

NOMBRES



Samuel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-AGO-2027 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

25-AGO-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00846262-M-1023385512-20160902 0050857562A 1 1514072009

4607

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.966.971



Apellidos
CARDENAS ZAMUDIO

Nombres
DIEGO HERNANDO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento
07 ABR 1978

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
24 JUN 1996, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
29 MAYO 2033

Firma

.CO

024255787



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL024255787415001<<<<<<<<<<
7804078M3305290COL79966971<<<1
CARDENAS<ZAMUDIO<<DIEGO<HERNAN

4608

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SAMUEL CARDENAS AYA identificado(a) con TI 1023385512 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	17/08/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 08 días del mes agosto del 2023.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

FACTURA POR 2 MESES

15260

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Escanea y paga tu factura

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

Datos del usuario
CONSTRUCTORA GRANGRANADA SA
KR 114A 76 11 AP 102

4609

ENGATIVA
GRAN GRANADA

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

ZONA: 2 **CICLO:** G2 **RUTA:** G22258A

Datos del medidor
MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 07015IB076291 TIPO: VELO015C DIAMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: **10913382**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: **42574871812**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)
$175.760

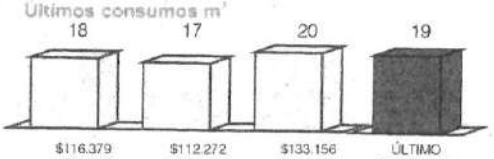
Fecha de pago oportuno AGO/10/2023

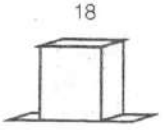
Fecha de suspensión AGO/15/2023

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA	1855	CONSUMO (m³)	19
LECTURA ANTERIOR	1836		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³





Periodo facturado
MAY/11/2023 - JUL/10/2023

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.061,04	$17.061	$2.559-	$14.501,88	$14.502
Consumo residencial básico	19	$3.329,01	$63.251	$9.487-	$2.829,66	$53.764
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ①			$80.312	$12.046-		$68.266
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.109,48	$8.109	$1.216-	$6.893,07	$6.893
Consumo residencial básico	19	$3.423,84	$65.053	$9.758-	$2.910,27	$55.295
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ②			$73.162	$10.974-		$62.188

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

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

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³ Periodo actual $0

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④ $130.450

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $65.227

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.139



VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS NRO. UNICO DE REGISTRO 1-1101000-10 EAB-ESP

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

4610

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 Diego Hernando Cardenas Z. **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 79966971 de Bogotá D.C 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 D.C a los 15 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre__ padre X, tutor__ cuidador__
Nombre: DIEGO CARDENAS
C.C: 79966971
Teléfono: 318 227 7028
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 301 299 4149
Dirección: CR 114A F 76-11 APT 102.

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: SAMUEL CARDENAS AYA.
Número de identificación 1023385512

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

461F

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Baloncesto	17/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Monica Maria Ordosgoitia Vizcaino

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?* 32611429

4. ¿Cuál es su número de celular? 3014405350

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * keymo0122@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 76 # 114-34

7. ¿Cuál es su edad? * 44

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)?* Emiliano Escorcia Ordosgoitia

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ | BOGOTÁ

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

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

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

13. ¿Cuál es el número de documento de su representado(a)?* 1141126926

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)? 3014405350

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * keymo0122@gmail.com

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4612

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 # 114 - 34

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

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!

4613

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 Monica Maria Ordosgoitia V. **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 32611429 de Malambo Atl. y domiciliado en el barrio Granvranada (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 17 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Monica Maria Ordosgoitia Vizcaino
C.C: 32.611.429
Teléfono: 3014405350
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3028432244
Dirección: Calle 76 # 114-34 apto 101

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Emiliano Escorcia Ordosgoitia
Número de identificación 1141126926

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

4614

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.126.926**
ESCORCIA ORDOSGOITIA

APELLIDOS
EMILIANO

NOMBRES

Emiliano Escorcia

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-JUL-2030 **A-** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01101935-M-1141126926-20191009 **00681**46820A 1 1365588461

4615

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **32.611.429**

ORDOSGOITIA VIZCAINO

APELLIDOS

MONICA MARIA

NOMBRES

Monica Ordosgoitia V

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1978**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

21-MAR-1997 MALAMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-01099155-F-0032611429-20190923 **00677**32132A 1 9910173746

4616

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EMILIANO ESCORCIA ORDOSGOITIA identificado(a) con TI 1141126926 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2019**
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 16 dias del mes de Agosto del año 2023 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

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
CONSTRUCTORA GRANGRANADA SA
CL 76 114 34 AP 101

4617

ENGATIVA
GRAN GRANADA

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

ZONA: 2 **CICLO:** G2 **RUTA:** G22258A

Datos del medidor
MARCA: AQUAFORJAS NÚMERO: AB542150 TIPO: VOLU015B DIÁMETRO: ½

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10918278**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **42574874519**

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo) + Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo) **$84.520**

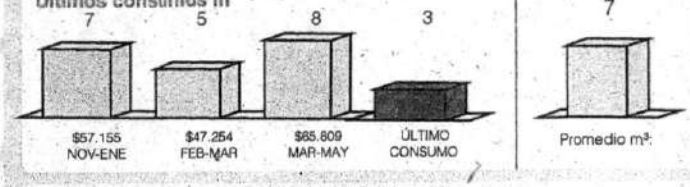
Fecha de pago oportuno **AGO/10/2023**

Fecha de suspensión **AGO/15/2023**

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	3216	CONSUMO (m³)	3
LECTURA ANTERIOR:	3213		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
MAY/11/2023 - JUL/10/2023

Resumen de su cuenta

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

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$17.061,04	$17.061	$2.559-	$14.501,88	$14.502
Consumo residencial básico	3	$3.329,01	$9.987	$1.498-	$2.829,68	$8.489
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Acueducto ❶			**$27.048**	**$4.057-**		**$22.991**
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$8.109,48	$8.109	$1.216-	$6.893,07	$6.893
Consumo residencial básico	3	$3.423,84	$10.272	$1.541-	$2.910,27	$8.731
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ❷			**$18.381**	**$2.757-**		**$15.624**

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$5	
Intereses de mora				$350	
Subtotal Otros Cobros ❸				**$355**	

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 **$38.970**

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO **$19.308**

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO **$633**

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

cuidar el agua
es cuidar la vida

1 Reduce a la mitad el tiempo en la ducha

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

3 Usa la lavadora con la carga completa

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

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

BOGOTÁ

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 LIMPIA

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta **10918278**

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos **42574874519**

Período facturado
MAY/30/2023 - JUL/29/2023

DATOS DEL USUARIO

Tipo de Productor:	RESIDENCIAL			**Estrato:**	3
Und. Res. Ocup:	1	**Und. No Res. Ocup:**	0	**Densidad:**	0.000
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:
24.337,81	17.506,10	143.585,51

TONELADAS POR SUSCRIPTOR MES

Barrido y Limpieza:	Limpieza Urbana:	Rechazo del Aprovechamiento:
0.0027	0.0012	0.0000

Efectivamente Aprovechadas:	Residuos No Aprovechables Aforadas - no Aforadas:
0.0380	0.0433

HISTORICO DE VIGENCIAS COBRADAS

3.	2.	1.	DÍAS LIQUIDADOS:
$43.027	$45.636	$45.067	61

LA TARIFA INCLUYE SUBSIDIO O APORTE.

ESTADO DE SU CUENTA

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR
Servicio Aseo Residencial	$53.309	Interés de Mora	$234
Subsidio	$7.996-	Ajuste a la Decena	$3
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 $ 45.550

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

	Tarifa por m³ consumo básico	Tarifa por m³ consumo no básico	Valor Total Cobrado
TASA DE USO (Pago por el Agua Cruda)	**$23,57**	**$27,73**	**$71**
TASA RETRIBUTIVA (Compensación por Contaminación con Aguas Residuales)	**$72,70**	**$85,53**	**$218**

Cobro de terceros

CONCEPTO	VALOR	CONCEPTO	VALOR

Total cobro de terceros 4 $0

OPERADOR: **BOGOTA LIMPIA**

PARA PAGOS

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

PAGOS POR APP, PSE Y OTRAS BILLETERAS MOVILES

PARA QUIENES REQUIEREN DESPLAZARSE
CORRESPONSALES BANCARIOS AUTORIZADOS

Punto de Pago (Especialistas en Recaudo)

MEDIOS ELECTRONICOS
CENTROS ESPECIALIZADOS DE PAGOS
CENTRO COMERCIAL
SUCURSALES BANCARIAS AUTORIZADAS

SUPERGIROS

CADES

RAPIPAGOS

RECLAMOS 136 Acueducto 110 Aseo

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 12/06/2023

FACTURA DE COBRO No. 42574874519 - 10918278
Si cancela en cheque, favor girar 2 cheques de gerencia separados 1 - Agua y Alcantarillado a favor de EAB-ESP NIT 899.999.094.1 Y 2 - Aseo a favor de EAB-ESP-ASEO NIT 899.999.094.1

PERÍODO FACTURACIÓN	CONSTRUCTORA GRANGRANADA SA
MAY/30/2023 - JUL/29/2023	CL 76 114 34 AP 101

(415)7707200489996(8020)425748745197(3900)000000045550

TOTAL ASEO **$45.550**

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

FECHA DE EXPEDICIÓN 29.07.2023

FACTURA DE COBRO No. 42574874519 - 10918278
Señor cajero. Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto, (este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red Cade, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

PERÍODO FACTURACIÓN	CONSTRUCTORA GRANGRANADA SA
MAY/11/2023 - JUL/10/2023	CL 76 114 34 AP 101

(415)7707200485271(8020)425748745196(3900)000000038970

TOTAL AGUA Y ALCANTARILLADO **$38.970**

ESPACIO PARA TIMBRE Y REGISTRO BANCO

29.07.2023

4618

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	17/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Deicy Leonor Parra Rincon

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?* 1232401242

4. ¿Cuál es su número de celular? 3144226480

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * dlpr25@gmail.com

6. ¿Cuál es su dirección? * Cll 73 # 111 a - 31

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1

10. ¿Quién es su representado? *

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

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

( ) Mascota

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

*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)?* 1014312010

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)? 3144226480

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * dlpr25@gmail.com

*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? Cll 73 # 111a-31

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

15 ¿Es usted víctima del conflicto armado?*

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

16. ¿Cuál es su nivel educativo?*

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

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

⊘ Contributivo ○ Subsidiado ○ Especial ○ Ninguno

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

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

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

○ Si ¿Cuál? _____ ⊘ No

20. ¿Cuál es su ocupación? *

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

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

○ Excelente ⊘ Buena ○ Regular ○ Mala

22. Cual es la talla de su uniforme.

8

¡Gracias por su tiempo!

4620

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 Deicy Leonor Parra Rincon Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1232401242 de Venezuela Consulado 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 D.C a los 17 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X padre__, tutor__ cuidador__
Nombre: Deicy Leonor Parra Rincón
C.C: 1.232.401.242
Teléfono: 3144226480
Teléfono de contacto en caso de emergencia: 3227261186
Dirección: calle 73 # 111A-31

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Leonardo Andres Carreño Parra
Número de identificación 1014312010

4621

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

58665847

NUIP 1.014.312.010

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58665847

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 B

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

REGISTRADURIA DE ENGATIVA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARREÑO	PARRA

Nombre(s)

LEONARDO ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ENE Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

VENEZUELA TACHIRA-SAN CRISTOBAL-SAN JUAN BAUTISTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	ACTA # 20

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PARRA RINCON DEICY LEONOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.232.401.242	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CARREÑO CAICEDO ALVARO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 88.308.469	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARREÑO CAICEDO ALVARO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 88.308.469	

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 2018 Mes NOV Día 21	AIDA ENIT GONZALEZ CUBILLOS (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.NOV.2018 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 72 FOLIO # 0238

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

FECHA DE EXPEDICION
21 NOV 2018

FOTOCOPIADO POR
Aida G.

ADHESIVO

AIDA ENIT GONZALEZ CUBILLOS
REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL (E)
LOCALIDAD 10 - ENGATIVA BOYACA REAL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
23958700-5

4622

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.232.401.242
PARRA RINCON
APELLIDOS
DEICY LEONOR
NOMBRES

Parra Deicy
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1984
TACHIRA-TARIBA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-MAY-2017 CON SAN CRISTOBAL VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-8881565-00943235-F-1232401242-20171004 0057825033A 1 48215007

4623

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	RC 1014312010
NOMBRES Y APELLIDOS	Carreño Parra,Leonardo Andres
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	26/11/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Parra Rincon,Deicy Leonor, a los 16 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

67862



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 (mudos) 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, efecty, Reval, TODO, Bancolombia, 472, MOVIRED, puntored

Red Distrital

Centros de Servicio: RED CADE, 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 Soberin

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: G:372.14 T: 50.70 D: 254.33 CV: 68.70 PR: 70.59 R: 14.86 CF: 0.00 / $831.34 Costo kWh Mes
Vigencia: JUN/2023
Tarifa aplicada Opción Tarifaria 798.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514. Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por ind. 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 éstos antes de la fecha señalada para pago oportuna. 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 CREG15/911 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 036 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 comúnicate 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 EXPEDICION FACTURA: 07 JUL 2023

GRUPO: 1 CIRCUITO: BL14-3304TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa COD. FACTURACIÓN:
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P., NIT. 860.063.875-8, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

---

enel | Bogotá

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

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0582737-4

4624

67862

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 7307081878

(25864)

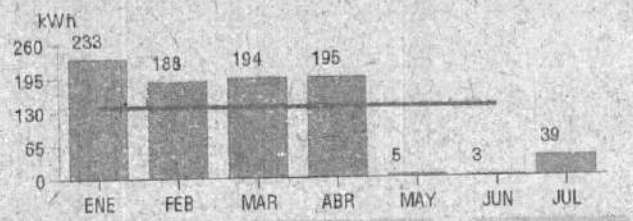
25,483 - Page 1 of 2

CLIENTE

ELMAN FREDY PINZON FORERO
CL 73 NO 111 A - 31
P 1/2/3 RESIDENCIAL
BOGOTÁ, D.C.
VILLAS DE GRANADA

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO: $798.50
CONSUMO DIARIO: 1,1 kWh
VALOR DIARIO: $802

PERÍODO FACTURADO: 01 JUN/2023 A 04 JUL/2023
DÍAS FACTURADOS: 33
CONSUMO MES: 39 kWh
CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 138 kWh

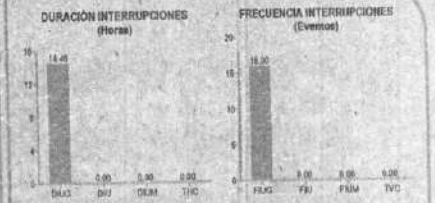
Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presenta una variación. Encuentra las posibles causas y tips de consumo en www.enel.com.co

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	6
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 7 06 710 1172
RUTA LECTURA:	3000 7 06 719 0200
MANZANA DE LECTURA:	MS00564738
MEDIDOR NO:	16012410
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



CD: 5204TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0 CEC: 0.00
PERIODO: Mayo/2023 Di: 217.00 CF: 5 MC: 0 MF: 1 %t: 10

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

ZONA PRIVADA DE LA PÁGINA WEB

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

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

4625

Número de contrato	Nombre de la escuela de formación en la que participa.	Fecha de la inscripción:
490-2023	Baloncesto	18/08/2023

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

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?* 1001078828

4. ¿Cuál es su número de celular? 3115463111

5. ¿Cuál es su correo electrónico? * laurita xrd2@gmail.com

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

7. ¿Cuál es su edad? * 21

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)?* Miguel Alejandro Sanchez Clavijo

*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)?* 1141118317

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)? 3115463111

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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

4626

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 105 F # 68-35

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

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

14. ¿Tiene usted algún tipo de discapacidad?*

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

*Las preguntas marcadas con * son obligatorias.*

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!

41627

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 Valentina Leal Clavijo **identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 1000078028 de Bogotá D.C y domiciliado en el barrio Centauros, (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 ( )***

del danubio C

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

Firma quien autoriza, Madre__ padre__, tutor__ cuidador X

Nombre: laura valentina leal clavijo

C.C: 1001078028

Teléfono: 3115463111

Teléfono de contacto en caso de emergencia: 322 383 2129

Dirección: Carrera 105F #68-35

Nombre del menor y/o persona con discapacidad: Miguel Alejandro Sanchez Clavijo

Número de identificación 1147711831?

4678

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.118.317**

SANCHEZ CLAVIJO
APELLIDOS

MIGUEL ALEJANDRO
NOMBRES

Migd sanches
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-2008**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-AGO-2026 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

07-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00809645-M-1141118317-20160405 0049190146A 1 46423117

4629

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.078.028
LEAL CLAVIJO
APELLIDOS
LAURA VALENTINA
NOMBRES

Laura L.
FIRMA





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

ÍNDICE DERECHO

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

4630

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 1141118317
NOMBRES Y APELLIDOS	Sanchez Clavijo,Miguel Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/01/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Sanchez Clavijo,Miguel Alejandro, a los 18 días del mes de agosto del año 2023.

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

Ranny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

4631

Total a Pagar $921,990

PAGO OPORTUNO 10 AGO/2022

FECHA DE SUSPENSIÓN 12 AGO/2022

2534520-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 30 AGO/2022

Situación encontrada: Normal

		$880.85	$79,758
%	Beneficio 60.00%		$-39,379
		SUBTOTAL:	$39,379

Otros cobros de productos y servicios

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA HOGAR	$16,700
INTERESES POR MORA SEIN FINANCIERO (33.2	$897
SALDO CONVENIO CODENSA HOGAR	$1,451,964
CUOTA CAPITAL AFECTO INTERES CODENSA HOGAR	$812,954
SALDO VENTA CODENSA HOGAR	$447,678
CUOTA INTERES CODENSA HOGAR	$47,260
Seguro Credito Facil	$2,990

enel x

Productos y servicios diferentes a los de energía y gas

2 TOTAL OTROS: $882,603

PARA EFECTUAR PAGOS

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

...to Fácil Codensa de la Ley 2009 en www.creditofacilcodensa.com sección tasas y tarifas

...s 19 N.114-09 Of.502. Tel:(601)213-1322/70. Lun-Vie: 8a.m. a 5p.m. días hábiles, ...cipal: José Guillermo Peña G. Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes N. Más info. ...editofacilcodensa.com/canales de atención

...DO POR SCOTIABANK COLPATRIA

...TAL: $3.600.000

...ES $0

VALOR TRANSACCIÓN	CAPITAL	...	SALDO PENDIENTE POR FACTURAR	TASA INT. EFEC. ANUAL
$791,900	$23,200		$146,350	28.65%

PAGO OPORTUNO 10 AGO/2022

TOTAL A PAGAR $921,990

(415)7707269991425(8020)012534535056887768640(3900)0000000921990

NÚMERO DE CLIENTE 2534520-5

Factura de Servicios Públicos No. 688877686-4

25501

Ayúdanos a cuidar a nuestros técnicos.

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

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



Contáctanos

Escríbenos a: clientes@enel.com.co

Ayuda Enel Clientes Colombia

Chat de atención en www.enelcolombia.com/personas/atencion-al-cliente

Enel Colombia @EnelClientesCO

Línea gratuita nacional 018000 115 566

Línea Bogotá 601 8 804 804

Oficinas de atención al cliente

¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de Pago

Billetera Virtual

Corresponsales Bancarios

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 AGO/2022

enel | Bogotá

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

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2534520-5

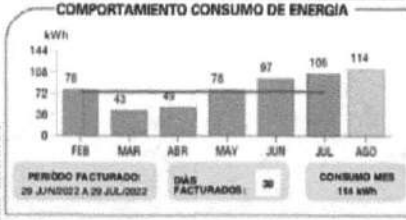
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 688877686-4

CLIENTE

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

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO DE ENERGÍA



VALOR kWh APLICADO $890.85

CONSUMO DIARIO: 3.8 kWh

VALOR DIARIO: $1,313

PERÍODO FACTURADO: 29 JUN/2022 A 29 JUL/2022

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 114 kWh

Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE SU MEDIDOR y no CONSUMO presenta una variación. Encuentra los posibles motivos y toma las acciones que creas necesarias en www.enel.com.co

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA kW:	2
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	3000 S 03 506 0538
RUTA LECTURA:	3000 S 03 513 0551
MANZANA DE LECTURA:	MS00505248
MEDIDOR NO:	9711726
MEDIDOR NO:	

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

25501

4632

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: 18/08/2023

1, ¿Cuál es su nombre completo? * Felicia Esther Mejia Lamby

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?* 53019143

4. ¿Cuál es su número de celular? 3017554434

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

6. ¿Cuál es su dirección? * Diag. 89b #116a-30

7. ¿Cuál es su edad? * 39

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

( ) Persona con discapacidad ( ) Adulto(a) Mayor (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)?* Gabriel de Jesus Diaz Granados Mejia

*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)?* 1019909660

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)? 3017554439

23. ¿Cuál es el correo electrónico de su representado(a)? * felicia.mejia@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? Diag. 89b #116a-30

SECCIÓN 2

10. ¿Cuál es su sexo de nacimiento? *

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

11. ¿Cuál es su género? *

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

12. ¿Cuál es su orientación sexual? *

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

13. ¿Cuál es su pertenencia étnica? *

○ 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.

10

¡Gracias por su tiempo!

4634

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 Felicia Esther Mejia Lamby **Identificado (a) con la cédula de** ciudadanía No. 55301943 de Barranquilla y domiciliado en el barrio El cortijo, (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 18 días del mes de Agosto de 2023.

Firma quien autoriza, Madre X **padre**__, **tutor**__ **cuidador**__
Nombre: Felicia Esther Mejia Lamby
C.C: 55301943
Teléfono: 3017554434
Teléfono de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Dig 89B #116A-30
Gabriel de Jesús Mejia
Nombre del menor y/o persona con discapacidad:
Número de identificación 1019909660.

4635

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.019.909.660
DIAZ GRANADOS MEJIA
APELLIDOS
GABRIEL DE JESUS
NOMBRES

Gabriel G
FIRMA





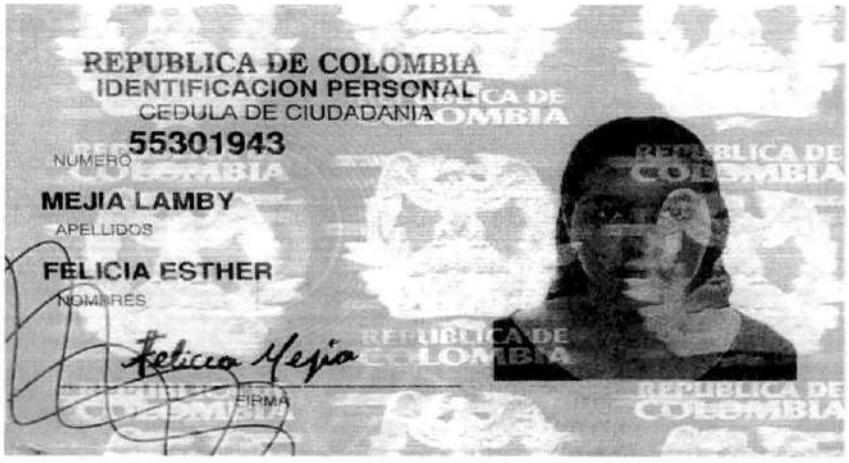
FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-JUN-2032 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
13-MAY-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01299782-M-1019909660-20220531 00795102B7A 1 8504751354

4636



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55301943
NUMERO
MEJIA LAMBY
APELLIDOS
FELICIA ESTHER
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1983
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-JUL-2002 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0300100-22108571-F-0055301943-20021112 03095 02312A 01 131237234

4637

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 1019909660
NOMBRES Y APELLIDOS	Diaz Granados Mejia,Gabriel De Jesus
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Diaz Granados Baldovino,Orlando Fabio, a los 18 días del mes de agosto del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

uenta o
eferencia de pago: **61744768**

Más formas de
Vanti S.A.

liente: DIANA CAROLINA MATALLANA Ruta: 00114704203200051OO
ireccion: DG 89B 116A 0010 I32 00102
unicipio: BOGOTA Sector: EL CORTIJO Código Sector 145
odigo Postal: 000000 Lote: P09GN Medidor No.:5087104-179559

vanti

CUPO DISPONIE



Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Orie
Gasnacer S.A. ESP. Conoce T&C de la compaña ingresando a https://vantilisto.com/celebraciones
la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica
señaladas en la política de financiación, consúltala en: https://vantilisto.com/politicasdefinanciac
válida hasta el 17 de junio de 2023 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 asado
incluidas en la pieza referente al incentivo a entregar (asados) son solo imágenes de refe
características de estos se encuentran relacionados en los términos y condiciones de la

Anexo 3.1.1, Acta verificación elementos 21072023

4690

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

DEPENDENCIA Y/O ALCALDÍA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN:

FECHA: 21 de julio del 2023 **Virtual:** ____ **Presencial:** x **(En caso de ser presencial):** Revisión elemento sede operador Normandía

OBJETO DE LA REUNIÓN: Revisión elementos ingreso elementos oferta económica y plan de medios

HORA DE INICIO: 2:00 pm **HORA DE FINALIZACIÓN:** 4:00 pm

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO					TIPO DE VINCULACIÓN				ENTIDAD o DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
	ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA				
Luis Fernando joya									x	LCB GROUP SAS	lcbgroupdeporteengativa@gmail.com	321 2013708	
Alejandra parra									x	LCB GROUP SAS	lcbgroupdeporteengativa@gmail.com	320 2234643	
Edwin Corredor									x	CULTURA Y DEPORTES	edwin.corredor@gobiernobogota.gov.co	3162562088	
Miguel Angel Acosta Perez									x	PLANEACIÓN	miguel.acosta@gobiernobogota.gov.co	3102950528	

NOTA: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

Nota: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Siendo las 2:00 pm del 21 de julio del 2023 se reúnen en las instalaciones del operador los apoyos a la supervisión Edwin corredor y miguel ángel acosta por parte del operador la coordinadora Alejandra parra y el gestor Luis Fernando joya, pára la relación de los elementos a ingresar almacén conforme oferta económica, los productos del 3 al 6 corresponden a la difusión del plan de medios.

Los temas para tratar dentro del comité técnico

1. Entrega de elementos.
2. Varios

Ítem	Número de factura o remisión	Fecha de recibido	Cantidad	Valor Unitario Sin IVA	Valor IVA	Valor unitario IVA incluido	Valor total
Formulario de Inscripción Diseño e impresión de Formularios de inscripción impresos a doble cara en papel bond tamaño carta 21.6 x 27.9 cm a blanco y negro	LCB-84	21/7/2023	1000	$ 1,500	$ 285	$ 1,785	$ 1,785,000
Planilla asistencia a clase todas las disciplinas Diseño e impresión planilla impresa Tamaño Oficio, Sentido vertical Espacios a diligenciar mínimo 25, Papel de material reciclado, Gramaje 75 g	LCB-84	21/7/2023	310	$ 572	$ 109	$ 681	$ 211,011

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	EVIDENCIA DE REUNIÓN

PLAN DE MEDIOS Volantes media carta 21x14	LCB-84	21/7/2023	10000	$ 170	$ 32	$ 202	$ 2,023,000
PLAN DE MEDIOS Afiches 70 x 50	LCB-84	21/7/2023	80	$ 10,000	$ 1,900	$ 11,900	$ 952,000
PLAN DE MEDIOS Adhesivos módulos itinerantes vinilo adhesivo	LCB-84	21/7/2023	9	$ 130,000	$ 24,700	$ 154,700	$ 1,392,300
PLAN DE MEDIOS Pop Man Araña Tamaño 110 x 60 cm Maleta con correas graduables Impresión Banner Incluye bolso para transportar la impresión y la estructura Pop Man Circular Tamaño 50 x 50 cm Maleta con correas graduables Material Pol	LCB-84	21/7/2023	5	$ 220,000	$ 41,800	$ 261,800	$ 1,309,000
TOTALES				*$ 362,242*	*$ 68,826*	*$ 431,068*	*$ 7,672,310.80*

Nota: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

- **Volante media carta 21 cmx14cm**





- **Afiches 70 cm x 50 cm**



- **Adhesivos módulos itinerantes.**



- **Pop Man Araña**
  Tamaño: 110 x 60 cm Maleta con correas graduables Impresión: Banner.
  Incluye bolso para transportar la impresión y la estructura. Pop Man Circular Tamaño: 50 x 50 cm
  Maleta con correas graduables.
  Material Poliestireno, calibre 40
  Impresión: Vinilo laminado Mate
  Incluye bolso para transportar la impresión y la estructura.



BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	EVIDENCIA DE REUNIÓN



Que, una vez revisados los elementos, por parte de la supervisión y por parte del operador este cumplen en características técnicas y cantidades.

Que finalizado los puntos se da por terminada la reunión,

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
	N/A	N/A	N/A

Elaborada por: Luis Fernando joya

Fecha de la próxima reunión: Lugar de la próxima reunión:

Nota: Agregue o elimine las filas que sean necesarias para registrar los asistentes y los compromisos de la reunión.

Anexo 7.2. Informe ejecutivo CPS. 490 de 2023

3. Actividades ejecutadas en cumplimiento del cronograma y plan de trabajo

Socialización, convocatoria e inscripción				Primer mes	Segundo mes
Código	Actividad	Medio de Verificación		Avance %	Avance %
15	socialización presentación publica con grupos poblacionales o colectivos	Actas de visita y/o registro fotográfico	LCB GROUP SAS	0%	4%
13	presentación hojas de vida (equipo profesional escuelas de formación)	Acta aprobación hojas de vida. Hojas de vida.	LCB GROUP SAS	0%	1%
16	divulgación proceso de inscripción	Correos, whassap y llamadas para el proceso de divulgación al proceso de inscripción	LCB GROUP SAS	0%	5%
17	Proceso de inscripción punto fijo y puntos rotativos en las 9 upz	registro de inscritos y registro fotográfico de los puntos.	logísticos	0%	15%
18	caracterización y digitalización de inscritos	Actas de visita y registro fotográfico	coordinador y asistente administrativo	0%	5%
AVANCE ACTIVIDADES					30%

INFORME DE AVANCE DE PROYECTO EN EJECUCIÓN N°2
CONTRATO CPS-490-2023

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

1. Datos Generales

Título del Proyecto:	"Engativá siempre activa con el deporte, la recreación y la actividad física"	
Código de Proyecto:	1594	
Operador:	LCB GROUP SAS	
Fecha de inicio del proyecto	**Fecha de finalización del proyecto**	**Fecha de elaboración del Informe de Avance**
27 de junio del 2023	26 de diciembre del 2023	05 de septiembre del 2023

2. Ejecución de actividades

1. El día 21 de julio se envía correo propuesta piezas graficas uniformes escuelas de formación deportiva, a este mismo se da respuesta y aprobación el día 28 de julio del 2023
2. Que el día 01 de agosto del 2023 se solicita la publicación en redes de la alcaldía del video de las escuelas de formación deportiva, el cual sale por las páginas de la alcaldía el día 04 de agosto del 2023.
3. Que se habilitan los puntos de inscripción en las 9 UPZ, desde el 26 de julio del 2023 hasta el 26 de agosto del 2023.
4. Que el día 15 de agosto del 2023 se presenta en comité las hojas de vida del recurso humano, para el proceso de formación las cuales aprobaron en el mismo proceso.
5. El 26 de agosto se inicia el proceso de digitalización y tabulación de los inscritos de forma física en cada uno de ellos hasta el 5 de septiembre.

Anexo 8.1. Certificado de no rotación del personal

4643

LCB GROUP

SEÑORES ALCALDÍA LOCAL DE ENGATIVÁ

CERTIFICA

En mi condición de Representante Legal, de la **Andrea del pilar Lizarazo, representante legal LCB GROUP SAS con NIT No. 901 .154 .292 -3**, me permito certificar que en el periodo comprendido entre el 21 de julio de 2023 al 06 de septiembre de 2023 se ha contratado el personal idóneo de acuerdo a las características estipuladas en los documentos contractuales, garantizado la permanencia del personal requerido y aprobado por la supervisión para la ejecución del contrato 490 de 2023 el cual tiene por objeto "***"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ".***", así mismo se certifica la no rotación del mismo en aras de que no exista afectación del cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo del mencionado contrato.

Dada en Bogotá D.C. a los seis (06) días del mes de septiembre de 2023.

Firma:

Andrea del pilar lizarazo

Identificación No. 46377544 DE SOGAMOSO REPRESENTANTE LEGAL

CALLE 148 N0 14b-20– BOGOTA D.C. –
COLOMBIA
TEL: 3007940567
Email: lcbgroupsas1@gmail.com

Anexo 16.1. Paz y salvo recurso humano.

4650

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 490 de 2023

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

PAZ Y SALVO

Los abajo firmantes certifican que les fueron pagados los honorarios por la labor desarrollada durante el periodo comprendido del **26 de julio al 26 de agosto de 2023** para: **"REALIZAR PROCESO DE INSCRIPCIÓN"** y desempeñando las funciones asignadas según el perfil o cargo contratado, para la ejecución del contrato **490 de 2023**.

No.	NOMBRES COMPLETOS	No. DE CEDULA	TELEFONO	PERFIL / CARGO	FIRMA
1	Angie Camila Rodríguez Ledesma	1.233.692.418	3103343145	APOYO LOGÍSTICO	
2	Karina Acevedo Alvarado	1.000.708.343	3144204674	APOYO LOGÍSTICO	Karina Acevedo
3	Lizeth Carrero	1.023.020.871	3153436588	APOYO LOGÍSTICO	
4	Dayra Gisell Alvarado Romero	1.033.804.446	3229240723	APOYO LOGÍSTICO	Dayra Alvarado
5	Isabela Acevedo Alvarado	1.014.306.503	3104824041	APOYO LOGÍSTICO	
6	Juan Danilo joya	1.023.892.106	3153436588	APOYO LOGÍSTICO	Danilo Joya
7	Francy Lorena Simbaqueva Medina	1.000.257.492	3219836663	APOYO LOGÍSTICO	Lorena Simbaqueva
8	Jessica Viviana Yepes Cuevas	1.014.275.147	3103373815	APOYO LOGÍSTICO	Jessica Y.
9	Esmeralda maria quiroga	1.018.473.325	3219564984	APOYO LOGÍSTICO	

Yo, Andrea del Pilar Lizarazo Cuevas ,suscrita Representante Legal de LCB GROUP S.A.S, , identificada con cédula de ciudadanía N°46.377.544, manifiesto bajo la gravedad de juramento que mantengo vinculadas para la ejecución del contrato el 50% (Según los porcentajes que establece el artículo 3 del Decreto Distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato y las fechas para su aplicación), así mismo, realicé la verificación del pago de aportes al sistema de seguridad social integral de los profesionales anteriormente mencionados.

ANDREA DEL PILAR LIZARAZO CUEVAS

CC: 46.377.544

Powered by CamScanner

LCB GROUP

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 490 de 2023

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

PAZ Y SALVO

Los abajo firmantes certifican que les fueron pagados los honorarios por la labor desarrollada durante el periodo comprendido del **21 de julio de 2023 al 06 de septiembre de 2023** para: **"Gestor comunitario"**, **"Coordinación general del proyecto"**, **"Digitalización y cargue de la información del proyecto"** y desempeñando las funciones asignadas según el perfil o cargo contratado, para la ejecución del contrato **490** de **2023**.

No.	NOMBRES COMPLETOS	No. DE CEDULA	TELEFONO	PERFIL / CARGO	FIRMA
2	Luz Alejandra Parra Rojas	52.025.120	320 2234643	Coordinador General	
3	Luis Fernando Joya Romero	80.809.037	321 2013708	Gestor Comunitario	

Así mismo, yo, ANDREA DEL PILAR LIZARAZO CUEVAS ,suscrita Representante Legal de LCB GROUP S.A.S, , identificada con cédula de ciudadanía N°46.377.544, manifiesto bajo la gravedad de juramento que mantengo vinculadas para la ejecución del contrato el 50% (Según los porcentajes que establece el artículo 3 del Decreto Distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato y las fechas para su aplicación), así mismo, realicé la verificación del pago de aportes al sistema de seguridad social integral de los profesionales anteriormente mencionados.

ANDREA DEL PILAR LIZARAZO CUEVAS

CC: 46.377.544

Anexo 17.2 Soportes de ingreso y salida

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ Secretaría Distrital de Gobierno

Ingreso de almacén

4653

Unidad ejecutora: 10 ALCALDIA LOCAL DE ENGATIVA
Tipo de ingreso: INGRESO_COMPRA_INVERSION
Numero ingreso: 106 **Interno:** 2325
Estado ingreso: APROBADO **Vigencia ingreso:** 2023 **Fecha ingreso:** 01 septiembre 2023
Documento soporte: SEL. ABREVIADA MENOR CUANTIA DE
Número doc. soporte: 4902023 **Fecha doc. soporte:** 27 junio 2023
Proveedor: NIT 901154292 LCB GROUP SAS
Documento remisión: FACTURA
Número doc. remisión: 84 **Fecha doc. remisión:** 30 agosto 2023
Encargado de bodega: JAVIER ENRIQUE PIÑEROS BAQUERO
Dependencia solicitante: 1210320000000 ALMACEN
Observaciones: CTO 490 DE 2023 - LCB GROUP SAS - FACTURA 84 - VALOR 7.672.311 - MEMORANDO 20236020032813

Item	Elemento	Nombre del elemento	Unidad de medida	Cantidad	Cuenta contable	Valor unitario con IVA	Valor total
1	3811	FICHAS DE INSCRIPCION	UNIDAD	1000	1-5-10-04-01	1.788,00	1.788.000,00
2	3811	FICHAS DE INSCRIPCION	UNIDAD	310	1-5-10-04-01	681,00	211.110,00
		PLANILLA ASISTENCIA	NA				
3	615	VOLANTES	UNIDAD	10000	1-5-10-04-01	202,00	2.020.000,00
4	617	AFICHES	UNIDAD	80	1-5-10-04-01	11.899,00	951.920,00
5	4006	PAPEL ADHESIVO MATE	UNIDAD	9	1-5-10-90-01	154.698,00	1.392.282,00
6	616	PENDONES	UNIDAD	4	1-5-10-04-01	261.800,00	1.047.200,00
7	616	PENDONES	UNIDAD	1	1-5-10-04-01	261.799,00	261.799,00
						Total elementos de consumo:	**7.672.311**

Resumen de cuentas

Cuenta contable	Nombre cuenta contable	Valor débito	Valor crédito
1-5-10-04-01	Impresos y publicaciones consumo	6.280.029	0
1-5-10-90-01	Otras mercancías en existencia	1.392.282	0
2-4-01-02	PROYECTOS DE INVERSION	0	7.672.311
	Totales:	**7.672.311**	**7.672.311**

JAVIER ENRIQUE PIÑEROS BAQUERO
Responsable recibe

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ Secretaría Distrital de Gobierno

SALIDA DE ALMACEN

4654

Unidad Ejecutora:	10 ALCALDIA LOCAL DE ENGATIVA		**Tipo de egreso:**	SALIDA_INVERSION_DRRLLO_COMUN			
Numero Egreso:	142		**Estado Egreso:**	APROBADO	**Vigencia Egreso:** 2023	**Fecha Egreso:**	05 septiembre 2023
Documento soporte:	OFICIO		**Numero Doc Soporte:**	32813	**Vigencia Doc:** 2023	**Fecha Doc Sop:**	31 agosto 2023
Funcionario solicitante:	901154292	Lcb Group Sas	**Dependencia solicitante:**	9999999999999 SIN UBICACION			
Encargado de bodega:	1023895394	Javier Enrique Piñeros Baquero					
Observaciones:	Cto 490 De 2023 - Factura 84 - Memorando 20236020032813 - Ingreso 2325						

Elemento	Nombre del elemento	Unidad	Cantidad	Valor	Total
3811	FICHAS DE INSCRIPCION	UNIDAD	1000	1.788,00	1.788.000,00
3811	FICHAS DE INSCRIPCION	UNIDAD	310	681,00	211.110,00
615	VOLANTES	UNIDAD	10000	202,00	2.020.000,00
617	AFICHES	UNIDAD	80	11.899,00	951.920,00
4006	PAPEL ADHESIVO MATE	UNIDAD	9	154.698,00	1.392.282,00
616	PENDONES	UNIDAD	4	261.800,00	1.047.200,00
616	PENDONES	UNIDAD	1	261.799,00	261.799,00
				Total:	**7.672.311**

Resumen de Cuentas

Cuenta Contable	Nombre Cuenta Contable	Valor Debito	Valor Credito
1-5-10-04-01	Impresos y publicaciones consumo	0	6.280.029
1-5-10-90-01	Otras mercancías en existencia	0	1.392.282
5-5-07-06-10	Asignacion de Elementos de Consumo	7.672.311	0
	Totales:	**7.672.311**	**7.672.311**

Javier Enrique Piñeros Baquero
Responsable Entrega

Lcb Group Sas
Responsable Recibe

4655

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Jurídica)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista LCB GROUP SAS sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al objeto del contrato y los resultados obtenidos según CLÁUSULA QUINTA-VALOR Y FORMA DE PAGO ,una vez realizada la revisión del informe,se certifica su cumplimiento y se autoriza el segundo pago correspondiente al 30% del valor del contrato,una vez ejecutado el sesenta por ciento(60%) de las actividades establecidas en el cronograma y presentación del informe de actividades con las respectivas evidencias de ejecución,avalado por el supervisor y/o interventor.

Periodo: Segundo pago correspondiente al 30% de valor total de contrato según 60% de ejecución de actividades.

Contrato:	No. 490 DE 20 DE JUNIO DE 2023
Tipo de Contrato:	Contrato de Prestación de Servicios
Contratista:	LCB GROUP S.A.S
NIT	No. 901.154.292-3
Objeto:	"REALIZAR PROCESOS DE INTEGRACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA A LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD DE ENGATIVÁ"
Plazo de Ejecución	Seis (6) meses
Fecha Iniciación:	27 DE JUNIO DE 2023
Fecha de Terminación:	26 DE DICIEMBRE DE 2023
Suspensión:	N/A
Prórroga(s)	N/A
Valor Inicial Pactado:	$794.290.264 M/CTE
Valor Adicional:	N/A
Valor a Pagar:	$238.287.079 M/CTE (2er.pago) Rubro 1594

El Representante Legal, certificó que la empresa LCB GROUP S.A.S se encuentra a Paz y Salvo por concepto de pago de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social Integral.

En constancia se firma a los 13 días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023).
Interventor o Supervisor,

EDWIN ALFONSO CORREDOR DIAZ
C.C. No. 91.494.254 de Bucaramanga
Apoyo a la Supervisión

ÁNGELA MARÍA MORENO TORRES
C.C. No. 1.077.969.807 de Villeta
Alcaldesa Local de Engativá

MIGUEL ANGEL ACOSTA PEREZ
C.C. No. 1.077.972.238 de Villeta
Apoyo a la Supervisión

4656

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

Código: GCO-GCI-F148
Versión: 03
Vigencia: 21 de diciembre de 2022
Caso HOLA: 282943

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE ENGATIVÁ

CONTRATO No.	**490 DE 2023**			**FECHA:**	**15/09/2023**
CONTRATISTA:	**LCB GROUP SAS**			**NIT. o C.C.**	**901,154,292**
PERIODO:	**DEL**			**AL**	
PAGO No.	**2 (30%)**		**DOCUMENTO No.**	**FACTURA LCB-84 / LCB-88**	

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO					**$ 238,287,079**
Ingreso Almacen	**1510**				**$ 7,672,311**
Otros Gastos en Recreación y Deporte	**55050602**				**$ 230,614,768**
Retefuente Honorarios					
Retefuente Servicios	**243605**		**$ 200,241,243**	**4%**	**$ 8,009,650**
Retefuente Arrendamientos					
Retefuente Compras					
Retefuente - C.O.P.					
Retefuente					
Reteiva	**243625**		**$ 38,045,836**	**15%**	**$ 5,706,875**
Reteica	**243627**		**$ 200,241,243**	**0.966%**	**$ 1,934,330**
Contribución Especial					
Estampilla Universidad Pedagógica					
Retegarania					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Retención					
TOTAL DESCUENTOS					**15,650,855**
NETO A PAGAR	**240102**				**222,636,224**

HERNÁN GARCÍA SILVA
Contador F.D.L.E.

Elaboró: Janneth Fuentes
Aprobó:

OBSERVACIONES Y/O NOTAS:

Rubro presupuestal O23011601200000001594

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

INGRESO ALMACEN No.2325 POR VALOR DE $7.672.311.

Base para pago de salud, pensión y ARL
Aporte obligatorio para salud - 12,5%
Aporte obligatorio para pensión - 16%
Aporte obligatorio ARL
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

4657

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1001630186	NIT	901154292	LCB GROUP S.A.S

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaría	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE ENGATIVA	4902023	3000671986	002	18-sep-23	18-sep-23	PAGADA	19-sep-23	5001563497	Transferencia Giradora	238.287.079	222.636.224	004200229559 AHORROS Banco Davivienda S.A.		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000671986	RETEFUENTE SERVICIOS 4%	4.0000	200.241.243	8.009.650
	RETEIVA 15%	15.0000	38.045.836	5.706.875
	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	200.241.243	1.934.330
			TOTAL DESCUENTOS	15.650.855

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000671986	5000517685	001	10	1-100-I079	2023

	19-sep-23 09:02:10
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.