

Bogotá D.C. 2 de octubre 2024

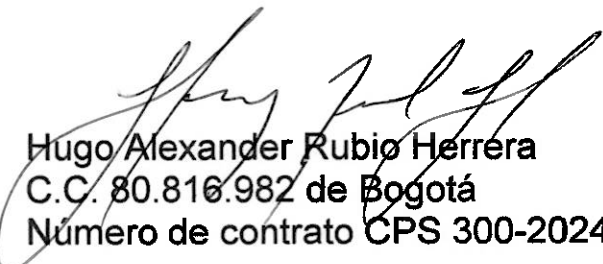
Para: Arturo Jaque número de contrato 1252024
De: Hugo Alexander Rubio Herrera
Numero de Contrato: CPS 300-2024

Asunto: entrega de formatos de inscripción.

Cordial saludo.

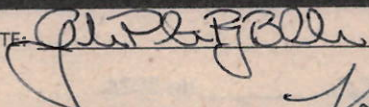
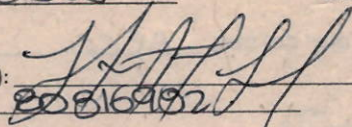
YO Hugo Alexander Rubio Herrera, con número de contrato CPS 300-2024 entregó los formatos de inscripción con los respectivos documentos en un total de folios de 950 del año 2024.

Cordialmente.



Hugo Alexander Rubio Herrera
C.C. 80.816.982 de Bogotá
Número de contrato CPS 300-2024

6

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL LA PONDEROSA		
DEPORTE:	TAEKWONDO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	LA PONDEROSA		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	ISABEL CRISTINA ROSAS BONILLA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022928055	EPS:	COMPENSAR EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	BOGOTA DC	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	AUCR 50 # 4-89	BARRIO:	COLOMIA ORIENTAL
TELÉFONO O CELULAR:	3208184910 / 305 290 5806		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	PATRICIA	APELLIDOS:	ROSAS BONILLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032919750	TELÉFONO:	305 290 5806
DIRECCIÓN:	AUCR 50 # 4-89	CELULAR:	3208184910
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 FIRMA DEL PROFESOR (A):  C.C. 20816982		C.C. 1032919750
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GLORIA PATRICIA ROJAS BONILLA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032414750, se encuentra EN COBERTURA INICIAL en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa MARIA DEL CARMEN GONZALEZ CASTILLO NIT 52170609, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240209	VIGENTE

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ISABELL CRISTINA ROJAS BONILLA	HI	1022428055	TI	20240209	No Registrada	Cobertura Inicial

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Abril de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

QUIEN LE INTERES??

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 24639596

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.022.428.055**
ROJAS BONILLA

APELLIDOS
ISABELL CRISTINA

NOMBRES
Isabell Rojas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-JUL-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
30-SEP-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VILLANUEVA



INDICE DERECHO



P-1500150-01321630-F-1022428055-20221006 0087353801A 1 8505884586

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.032.414.750**
ROJAS BONILLA

APELLIDOS
GLORIA PATRICIA

NOMBRES
Gloria Patricia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1988**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+ **F**
G.S RH SEXO

05-JUL-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

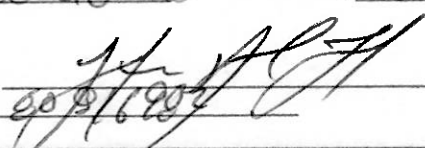
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VILLANUEVA



INDICE DERECHO



A-1500150-01264335-F-1032414750-20211106 0076204030A 2 8502412891

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN			
FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Sara Valentina Gonzalez Garcia	EPS:	famisanar
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1027291589	EDAD:	10 Años
FECHA DE NACIMIENTO:	29-Agos-2013	BARRIO:	Milento
DIRECCIÓN:	calle 85a #60-60	TELÉFONO O CELULAR:	3144003047
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐ Femenino: ☒ LGTBI: ☐		
ETNIA:	Afro: ☐ Room: ☐ Indígena: ☐		
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐ NO ☒		
DISCAPACIDAD:	SI ☐ NO ☒ CUAL? _____		
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR (Madre)			
NOMBRES:	Yehimy Gisell	APELLIDOS:	Garcia Buitrago
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030530755	TELÉFONO:	3144003047
DIRECCIÓN:	ca 85a #60-60	CELULAR:	3144003047
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	fallecido	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Yehimy Garcia Buitrago	C.C.	1030530755
FIRMA DEL PROFESOR (A):			
C.C.	20916902		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yehimy Yisel Garcia Buitrago identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030530755 de Bogotá, domiciliado en la dirección calle 8va sur # 60-60, actuando en calidad de acudiente del menor Sara Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1027291589, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS famisanal del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Mayo de 2024.

Firma: Yehimy Garcia Buitrago

Nombre: Yehimy Garcia Buitrago c.c. 1030530755



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SARA VALENTINA GONZALEZ GARCIA identificado(a) con T.I. 1027291589 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 2020/02/22

Estado de la Afiliación: RETIRADO

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 10 días del mes de 05 del año 2024.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.027.291.589**
GONZALEZ GARCIA

APELLIDOS
SARA VALENTINA

NOMBRES

Sarita G.G.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
29-AGO-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
11-DIC-2020 ACACIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VERA RODA

INDICE DERECHO



P-5200500-01189741-F-1027291589-20201218

007284524A 1

8501150361

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.530.755**

GARCIA BUITRAGO

APELLIDOS

YEHIMY YISELL

NOMBRES

Yehimy Garcia B...

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1986**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-NOV-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carolina Suarez Hernandez*

REGISTRADOR NACIONAL
CAROLINA SUAREZ HERNANDEZ



A-1500150-00732130-F-1030530755-20150810 0045762583A 2 1483431452

Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

En Mi
vanti
en línea
hazlo tú mismo

el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.

Avanzar es
descomplicarte la vida.

- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos



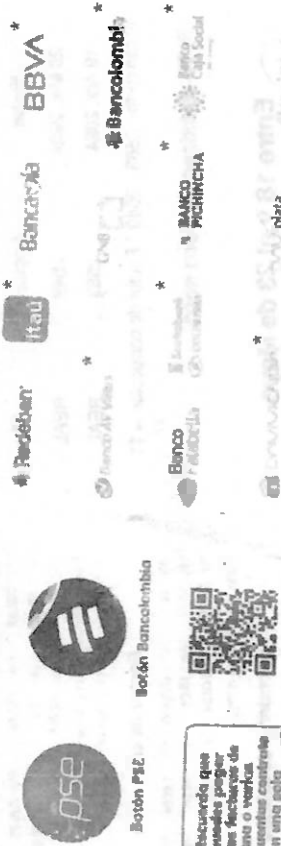
Escanea
esta QR

mi.grupovanti.com

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades



Escanea para
pagar tu factura

*Puede adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Eléctro

*La cancelación con el cheque debe ser de forma presencial y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.



¡Hola!

MARIA LUCILA HOLGUIN
AK 68 1C SUR 40 B09 00418 - TORREMOLINOS
BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medición Gas No. 5007109-515041

Lote: P16GN Ruta: 0011150180275005000 Código del Sector: 046

Cuenta o referencia de pago 62383920

vanti

Tu cupo de
crédito aprobado
\$ 4.900.000

Compra televisores, celulares, estufas,
móviles, computadores y mucho más
pagándolo a través de tu factura de gas.

¡Listo!
Vanti Listo

para iniciar el día con una
ducha caliente

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo
y compra ese calentador a gas que
le da más bienestar a tu hogar.

Aprovecha descuentos de \$30.000*
en tiendas aliadas y en www.grupovanti.com

vanti



Paga a cuotas a través de tu factura de gas



*Aplican términos y condiciones en grupovanti.com/lineas. Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Compañías Gas S.A. ESP.
Gas Natural S.A. ESP. y Gas Natural S.A. ESP. Consultas técnicas y condiciones de financiación en grupovanti.com/lineas.
Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/lineas

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (S+1) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de atención para Vanti. Recuerda que cuando a la Ley 2300 de 2023

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR: Hugo Alexander Rubio
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Salon Comunal Milenta. AÑO: 2024
DEPORTE: Taekwondo
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Milenta.

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: SHENNIFER SANTIAGO VERA MONTEDEGRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1.074.85.173 EPS: SAVITAS.
FECHA DE NACIMIENTO: 29-enero-2011 EDAD: 13
DIRECCIÓN: calle 4A # 41b-64. BARRIO: PRIMAVERA
TELÉFONO O CELULAR: 316 700 2599 - 3114543427.

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.
SI NO X CUAL?

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: LGTBI:
ETNIA: Afro: Raiz: Indigena:
Gitano:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI NO X
DISCAPACIDAD: SI NO X CUAL?
NUEVAS CIUDADANIAS:

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Yenny PAOLA APELLIDOS: MONTEDEGRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1073672 237 TELÉFONO: 316 700 2599
DIRECCIÓN: calle 4A # 41b-64 CELULAR: 320 4014 782

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: MAURICIO ANDRES APELLIDOS: VERA RIOS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1074 502 466 TELÉFONO: 311 454 3427
DIRECCIÓN: CELULAR: 311 454 3427

FIRMA DEL ACUDIENTE: [Firma] CC. 1073672237.

FIRMA DEL PROFESOR (A): [Firma]
CC. 008169820de.

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



BOGOTÁ

77

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yerany Paola Montenegro, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1073672237 de SOACHA, domiciliado en la dirección calle 4A # 41b - 64, actuando en calidad de acudiente del menor SHENNIER VERA identificado con la tarjeta de identidad No. 1074815173, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS SANTAS del régimen SUBSIDIADO.

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes ABRIL de 2024.

Firma:

Nombre:

Yerany Paola Montenegro c.c. 1073672237



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	1074815173
NOMBRES	SHENNIER SANTIAGO
APELLIDOS	VERA MONTENEGRO
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	11/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 04/15/2024 16:46:26 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**.

79

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.074.815.173**
VERA MONTENEGRO

APELLIDOS
SHENNIER SANTIAGO

NOMBRES
Santiago Vera

FIRMA



29-ENE-2011

FECHA DE NACIMIENTO
SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
29-ENE-2029

FECHA DE VENCIMIENTO
01-OCT-2018 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

O+ M

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO VACA



P-1500150-01042250-M-1074815173-20181025 0052807370A 1 1465160748

20

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CESULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.672.237

MONTENEGRO MARTINEZ

APELLIDOS

YEIMY PAOLA

NOMBRES



INVOICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1987

VIOTA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 0+ F

ESTATURA G.S RH SEXO

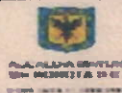
30-MAR-2005 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES

A-1E24700-00425073-F-1073672237-20121012 0031414154A 1 1701981270



FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR: Hugo Alexander Rubio AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Salon Comunal Milenter
DEPORTE: Alexwando
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Muerta

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: Jacobo Valagon Uivas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1073249876 EPS: Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO: 07-01-2016 EDAD: 8
DIRECCIÓN: Cl 15 sur N°56-64 BARRIO: Muerta
TELÉFONO O CELULAR: 3105799814-3134602993

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI ☒ NO ☐ CUAL? Asma

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ☒ Femenino: ☐ LGTBI: ☐
ETNIA: Afro: ☐ Room: ☐ Indígena: ☐
Gitano: ☐
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ☐ NO ☒
DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ CUAL? ☐
NUEVAS CIUDADANIAS: ☐

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Giavanna Catalina APELLIDOS: Uivas Rugeles
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 52496866 TELÉFONO: 3134602993
DIRECCIÓN: Cl 15 sur N°56-64 CELULAR: 3134602993

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: Pedro Yiliber APELLIDOS: Malagon Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 80737489 TELÉFONO: 3105799814
DIRECCIÓN: Cl 15 sur N°56-64 CELULAR: 3105799814

FIRMA DEL ACUDIENTE: [Firma]

c.c. 80737489

FIRMA DEL PROFESOR (A): [Firma]

c.c. 3006900

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Pedro Yiliber Malagon Hernandez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80737489 de Bogota, domiciliado en la dirección C/1554 N56-64, actuando en calidad de acudiente del menor Jacobo Malagon V identificado con la tarjeta de identidad No. 1073249876, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 20 días del mes Junio de 2024.

Firma: [Firma]

Nombre: Pedro Malagon Hernandez

c.c. 80737489



CE-006 - 0000000100 – 2024

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 1073249876
NOMBRES Y APELLIDOS	Malagon Vivas, Jacobo
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Malagon Vivas, Jacobo , a los 20 días del mes de junio del año 2024.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.073.249.876
MALAGON VIVAS

APELLIDOS
JACOBO

NOMBRES

Jacobo Malagon

FIRMA



25



FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-2016
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-ENE-2034

FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

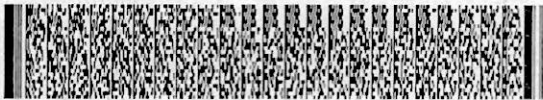
M
SEXO

21-NOV-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REVISOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA PECHÁ

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01401656-M-1073249876-20231201

0137713547A 1

BS10122598

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80737489**

MALAGON HERNANDEZ

APELLIDOS

PEDRO YILIBER

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



26



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-JUN-1983**

EL CASTILLO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

14-JUN-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500108-45087772-M-0080737489-20011226

02160 013808 02 112269743

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Avanzar es descomplicarte la vida.

Escanea este QR

mi.grupovanti.com

En línea hazlo tú mismo

- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salón Comunal Milenta.		
DEPORTE:	Taekwondo.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Gabriela Lozano Forero		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022391683	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	28-Marco-2012	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	Cra 63 N° 18-523	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3005671384		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Adriana Patricia	APELLIDOS:	Forero Contreras
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52107917	TELÉFONO:	3005671384
DIRECCIÓN:	Cra 63 N° 18-523 Sur	CELULAR:	3005671384
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	ADRIANA FORERO c.c. 52107917		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80016902		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Adriana Patricia Forero C, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52107917 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 63 n° 18-52, sur, actuando en calidad de acudiente del menor Fabrizio Lozano identificado con la tarjeta de identidad No. 1022391683, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Salud Total del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los _____ días del mes Junio de 2024.

Firma: Adriana Forero

Nombre: Adriana Forero c.c. 52107917

SaludTotal.

BOGOTA, Junio 16 de 2024

Señora:

FORERO CONTRERAS ADRIANA PATRICIA

CC. 52107917

CR 63 N 18 52 SUR. - 2606

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 13 de 2008. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
FORERO CONTRERAS ADRIANA PATRICIA	52107917	C	Ago-13-2008	230	26	COYUZANTE	VIGENTE			Ninguna
LOZANO FORERO DAVID ALEJANDRO	1011094661	T	Ago-13-2008	230	26	HUJO MENOR DE 16 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LOZANO FORERO GABRIELA	1022391683	T	Mar-29-2012	52	0	HUJO MENOR DE 16 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ADRIANA PATRICIA FORERO CONTRERAS	52107917	Trabajador Independiente	VIGENTE
DISTRIBUIDORA ARFO LTDA	52107917	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

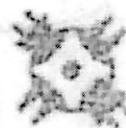
NÚMERO **1.022.391.683**
LOZANO FORERO

APELLIDOS
GABRIELA

NOMBRES

Gabriela

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
28-MAR-2030

FECHA DE VENCIMIENTO
15-MAY-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

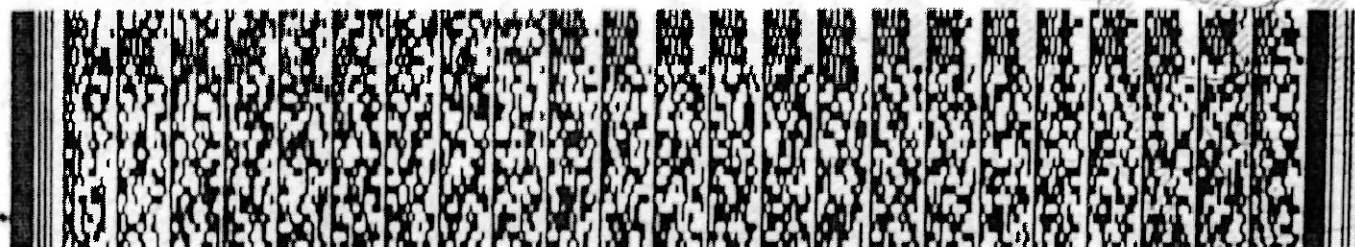
B+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-1500150-01083453-F-1022391683-20190712

0066322930A 1

1175479250



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

06-NOV-1973

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

B+

G.S. RH

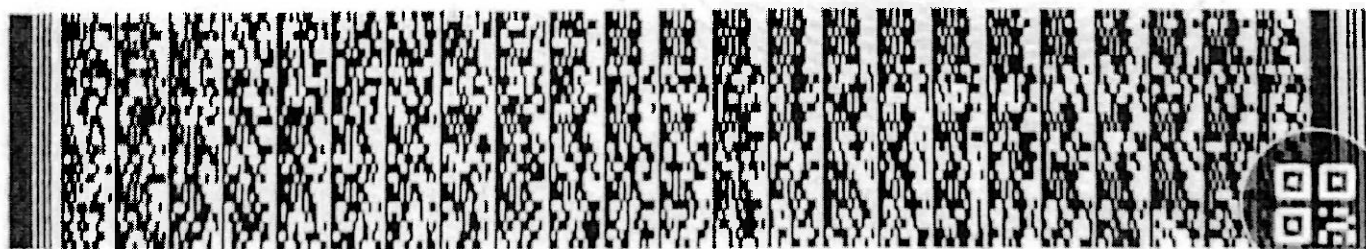
F

SEXO

20-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00016601-F-0052107917-20080624

0000600506A 1

1550011496

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.107.917**

FORERO CONTRERAS

APELLIDOS

ADRIANA PATRICIA

NOMBRES

Adriana Forero

FIRMA



Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

Escanea el código QR, diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



En Mi
vanti
en línea
hazlo tú mismo

Avanzar es
descomplicarte la vida.

Escanea
este QR



mi.grupovanti.com

- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales

- Red CADE
- Banco GNB Sudamérica

Grandes Superficies:

- Metro, Jumbo, Éxito

Escanea para pagar tu factura



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!
HILDA MERC CONTRERAS
KR 63 18 SUR 52 01 - TORREMOLINOS
BOGOTÁ

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5097102-6501453

Lote: P16GN Ruta: 0011150163660005000 Código del Sector: 046
Cuenta o referencia de pago 61041159

vanti
Lista

Tu cupo de
crédito aprobado

\$ 4.900.000

Compra televisores, celulares, estufas,
motores, computadores y mucho más,
pagándolo a través de tu factura de gas.

**Mamá está
Lista**
Vanti Lista

para remodelar el hogar de sus sueños
con el extra cupo de hasta
\$8.000.000

Usa tu cupo de crédito Vanti Lista
y compra los materiales de remodelación que necesitas para tu hogar.

Paga a cuotas a través de tu factura de gas

Corresponsales

- Grupo Aval
- Grupo Cerezo
- Grupo Santander
- Grupo Tiberius

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP., Gasorienta S.A. ESP. y Gasnacer S.A. ESP.
Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilista. Vanti Lista es un producto de las empresas del Grupo
Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

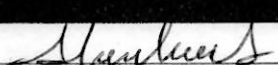
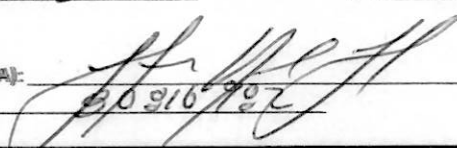
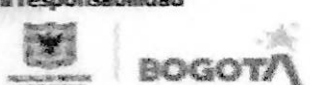
Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

 MINISTERIO DE EDUCACIÓN FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Roldán	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salón comunal La Ponderosa		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARÁ:	La Ponderosa		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Andrés Felipe Maldonado Rodríguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.501.315	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	03-07-2012	EDAD:	12 años
DIRECCIÓN:	Calle 29 41-47	BARRIO:	El Jormin
TELÉFONO O CELULAR:	3052003854		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUM? ☐			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Rom: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☐	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☐	CUM? ☐
NUEVAS CIUDADANÍAS:			
INFORMACIÓN FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Alexandra	APELLIDOS:	Rodríguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.501.315	TELÉFONO:	3052003854
DIRECCIÓN:	Calle 29 41-47	CELULAR:	3052003854
INFORMACIÓN FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Pedro	APELLIDOS:	Maldonado
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79.899.817	TELÉFONO:	3023279889
DIRECCIÓN:	Calle 29 41-47	CELULAR:	3202077466
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 cc. 52.501.315		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 cc. 30.916.792		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Alexandra M^e Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.501 315 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 29 41-47, actuando en calidad de acudiente del menor Andres Felipe identificado con la tarjeta de identidad No. 1.028 389.033, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes agosto de 2024.

Firma: Alexandra Rodriguez

Nombre: Alexandra Rodriguez c.c. 52.501 315



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	1028789033
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	MALDONADO RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	***
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2024 13:55:43	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	---------------------	---------------------	----------------

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

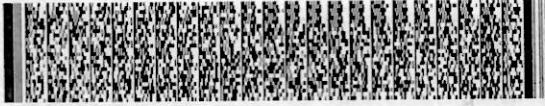
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-2012**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
09-AGO-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+
G S RH
M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VALEA



P-1500150-01102088-M-1028789033-20191010 0088167241A 1 1285602771

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.789.033**
MALDONADO RODRIGUEZ
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES



Andres Felipe
FIRMA


VOICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1979**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
ESTATURA G S RH SEXO

13-MAR-1997 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Amel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SÁNCHEZ TORRES



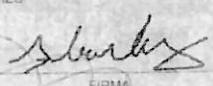
A-1500150-00355878-F-0052501315-20120114 0028950365A 1 1231674612

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.501.315**
RODRIGUEZ BERMUDEZ

APELLIDOS
ALEXANDRA MARIA

NOMBRES


FIRMA



¡Hola!

TERESA DE JESUS USMA
CL 2G 41 47 01 - CARABELAS
BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 007120210003754086

Lote: P12GN Ruta: 0011170125314004980 Código del Sector: 054

Cuenta o referencia de pago 63483760

vanti

LISTO

Compra televisores, celulares, estufas,
motos, computadores y mucho más
pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de
crédito aprobado

\$ 267.010

PRIMA

vanti

LISTO

Estás listo
para ganar una de las
10 primas de \$800.000

Participa hasta el 26 de julio de 2024 usando tu cupo
Vanti Listo por \$2.000.000 o más en tiendas aliadas.
Ten en cuenta el santo y seña:

Estoy listo con Vanti Listo para
multiplicar mi prima x2

en Candela Stereo 101.9 FM

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural.

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 grupovanti.com/vantilisto/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:
grupovanti.com/financiacion. Campaña válida hasta el 31 de julio de 2024 o hasta agotar existencias, se entregarán en total 20 primas



Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes



Atención telefónica

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

Línea gratuita 01 8000 942 794

Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755



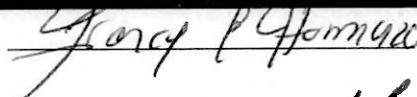
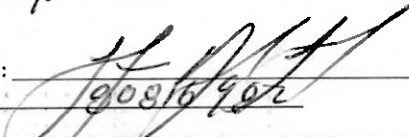
Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Díaz Henao	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salón Comunal Mueña		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARÁ:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Sarah Camila Burgos Hormaza		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	101314 5986	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	21 de Agosto 14	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	calle 19 sur 52B-20	BARRIO:	Moremelinos
TELÉFONO O CELULAR:	318 615 9623		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI _____ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: _____	Femenino: ☒	LGTBI: _____
ETNIA:	Afro: _____	Room: _____	Indígena: _____
	Gitano: _____		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI _____	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI _____	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Francy Carolina	APELLIDOS:	Hormaza Lozano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.529.979	TELÉFONO:	318 615 9623
DIRECCIÓN:	calle 19 sur 52B-20	CELULAR:	318 615 9623
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Ricardo Burgos	APELLIDOS:	Burgos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80011 237	TELÉFONO:	310 770 2396
DIRECCIÓN:	calle 19 sur 52B-20	CELULAR:	310 770 2396
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	C.C. 52.529.979		
FIRMA DEL PROFESOR (A):			
	C.C. 318 615 9623		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
 LOCAL DE PUENTE ARANDA		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Francy Carolina Acosta, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.529.979 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 19 sur #52B-20, actuando en calidad de acudiente del menor Sarah Burgos, identificado con la tarjeta de identidad No. 1013143986, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Agosto de 2024.

Firma: Francy Acosta

Nombre: Francy Carolina

c.c. 52.529.979



CE-006 - 0000000100 – 2024

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 1013145986
NOMBRES Y APELLIDOS	Burgos Hormaza, Sarah Camila
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Hormaza Lozano, Francy Carolina, a los 30 días del mes de julio del año 2024.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.145.986**

BURGOS HORMAZA

APELLIDOS

SARAH CAMILA

NOMBRES

Sarah C. Burgos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-AGO-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

27-AGO-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

B+ **F**
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01252134-F-1013145986-20210830 0075435905A 1 8502754888

44

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.529.979

NUMERO

HORMAZA LOZANO
APELLIDOS

FRANCY CAROLINA
NOMBRES

FRANCY CAROLINA Hormaza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAR-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

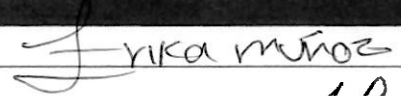
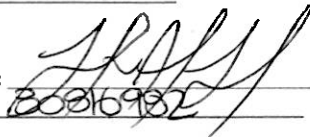
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-ABR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA DEATRIZ RENDERO LOPEZ



A-1500116-45118832-F-0052528979-20031022 02201 03294A 01 148851552

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio Henao.		AÑO: 24 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salon Comunal Milento		
DEPORTE:	Tecondo.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milento.		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Ana Maria Velandia Muñoz		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.016.742.686	EPS:	compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	24-01-2017	EDAD:	7.
DIRECCIÓN:	CARR 58 # 17A34 SW	BARRIO:	Milento.
TELÉFONO O CELULAR:	3103054651.		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Erika Muñoz	APELLIDOS:	Padilla
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1031140518.	TELÉFONO:	3103054651
DIRECCIÓN:	CARR 58 # 17A34S	CELULAR:	11
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	David	APELLIDOS:	Velandia.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1031130982.	TELÉFONO:	3103054651
DIRECCIÓN:	CARR 58 # 17A34S	CELULAR:	321 358 2454
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 Erika Muñoz		c.c. 1031140518.
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 C.C. 20016982		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Erika Muñoz, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1031140518, de Bogotá, domiciliado en la dirección Carr 58 # 7a 34a, actuando en calidad de acudiente del menor Ana María identificado con la tarjeta de identidad No. 1016.742 686, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensa del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Septiembre de 2024.

Firma:

Erika Muñoz

Nombre:

Erika Muñoz

c.c. 1031140518



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ERIKA MUÑOZ PADILLA Identificado(a) con Cedula Ciudadania 1031140518, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa HINDALECIO ANTONIO YEPES BLANDON NIT 15513591, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230524	20230701

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ANA MARIA VELANDIA MUÑOZ	HI	1016742686	RC	20180607	No Registrada	Suspendido
JOHAN SAMUEL VELANDIA MUÑOZ	HI	1031141223	TI	20180607	No Registrada	Suspendido

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Septiembre de 2.023

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
22836431

CER-AFI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.742.686**
VELANDIA MUÑOZ

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES
Ana maria velandia

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-2017**
BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

24-ENE-2035
 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
 G S RH SEXO

15-FEB-2024 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 HERNAN PEÑARANDA BOTALDO




P-1500150-01423322-F-1018742686-20240322 0139244995G 1 8510087993

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.140.518**
MUÑOZ PADILLA

APELLIDOS
ERIKA

NOMBRES
Erika Muñoz Padilla

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-AGO-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00313646-F-1091140518-20110719 0027397440A 1 36092020

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



Datos del usuario
LUZ H RESTREPO
KPI 58 17A SUR 34

PUEA
PRO
NOR

ESTRATO: 3 CLASE DE USO: Res
UNO HABIT/FAMILIAS: 1 UNO NO HABITACIONA

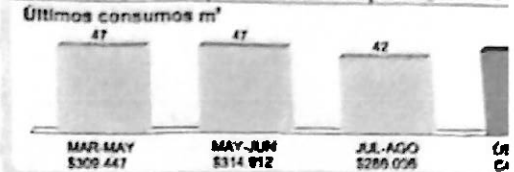
ZONA: 3 CICLO: 83 RUTA: E

Datos del medidor

MARCA: INGENCITA 19 JUN 04 046118014577100 VEL0019C DL

Datos del consumo

ULTIMA LECTURA: 3345 CONSUMO (m³)
LECTURA ANTERIOR: 2288 PPGMEDIO (m³)
FACTURADO CON: Consumo Normal Descargue Suerte



Periodo facturado

AGO/29/2023 - OCT/27/2023

CUENTA CONTRATO

Número para cualquier consulta

11553213

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

41237853415

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$399.320

Fecha de pago oportuno

NOV/29/2023

Fecha de suspensión

DIC/04/2023

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN

NOV/16/2023

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA

ENE

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

Descripción	Cantidad	Costo		(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros Ajuste a la Cota	No. Cuota	Interés
		Valor Unitario	Valor Total						
Acueducto									
Costo fijo residencial	1	\$17.283,68	\$17.284	\$2.590-	\$14.674,12	\$14.674			
Consumo residencial básico	22	\$3.277,15	\$72.097	\$10.814-	\$2.785,56	\$61.283			
Consumo residencial superior a básico	25	\$3.277,15	\$81.929	\$0	\$3.277,16	\$81.929			
Consumo fijo no residencial									
Consumo no residencial (m3)									
Total Acueducto (1)			\$171.290	\$13.404-		\$157.886			
Alcantarillado									
Costo fijo residencial	1	\$8.205,80	\$8.206	\$1.231-	\$6.974,54	\$6.975			
Consumo residencial básico	22	\$3.457,30	\$76.061	\$11.409-	\$2.938,71	\$64.652			
Consumo residencial superior a básico	25	\$3.457,30	\$86.433	\$0	\$3.457,32	\$86.433			
Consumo fijo no residencial									
Consumo no residencial (m3)									
Total Alcantarillado (2)			\$170.700	\$12.640-		\$158.060			
							Subtotal Otros Cobros (3)		
							Otros conceptos que adeuda		
							Total otros conceptos que adeuda		

Deficiencia Mínima Vital hasta 12 m³
Cobro actual

\$0

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

\$315.950

CONSUMO MES

\$157.973

CONSUMO

Cámbiate a la factura virtual

En la EAAB-ESP y obtén para ti y tres
compañantes el **20% de descuento**
en el recorrido exploratorio en **Maloka!**

muy fácil!

1 Inscríbete a la factura virtual en
www.acueducto.com.co

2 Recibirás un correo de la
EAAB-ESP con la confirmación
de tu descuento.

3 Revisa disponibilidad y
horarios en www.maloka.org

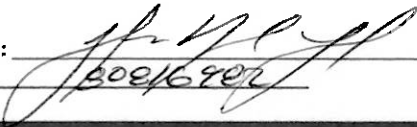
4 Acércate a la taquilla de
Maloka y disfruta de una gran
experiencia.



Escanea el código
QR e inscríbete

La vigencia de la oferta podrá variar Maloka sin aviso que corresponda
de la EAAB-ESP el 29 Agosto 2023 al 18 Agosto 2024
temas y condiciones



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ SECRETARÍA DE EDUCACIÓN			
FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salón Comunal Milenta.		
DEPORTE:	Tigrekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Dominick Daniel Roncancio Vega		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	3028727570	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	27/02/2017	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Cra 64A #20-51	BARRIO:	Galan
TELÉFONO O CELULAR:	322.3640689		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.			
SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS: _____			
INFORMACION FAMILIAR (Madre)			
NOMBRES:	Claudia Patricia	APELLIDOS:	Vega Benavides
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52806942	TELÉFONO:	8049894
DIRECCIÓN:	Cra 64A #20-51	CELULAR:	322.640689
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Segundo Wilson	APELLIDOS:	Roncancio Delgado
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80431149	TELÉFONO:	8049894
DIRECCIÓN:	Cra 64A #20-51	CELULAR:	323874769
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Claudia Patricia Vega B.	c.c. 52806942	
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 C.C. 30046702		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Claudia Patricia Vega B. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52806942 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 64A # 2C-51, actuando en calidad de acudiente del menor Dominick identificado con la tarjeta de identidad No. 1028727570, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Salud Total del régimen Contributivo (RC)

Se firma en Bogotá a los 01 días del mes 01-06 de 2024.

Firma: Claudia Patricia Vega

Nombre: Claudia Patricia Vega B. c.c. 52806942

SaludTotal™

BOGOTÁ, Mayo 31 de 2024

Señora:
VEGA BENAVIDES CLAUDIA PATRICIA
 CC. 52806942
 CR 64A 2 C 51 - 0
 Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 27 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RONCANCIO DELGADO SEGUNDO WILSON	80736149	C	Feb-18-2016	64	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SOLORZANO SUAREZ OLGA ROCIO	52761801	C	Oct-31-2014	15	0	COMPANERO(A)	NO VIGENTE	Mar-6-2015	Exclusion por Separación	Ninguna
RONCANCIO SOLORZANO LAURA CAMILA	1141336531	R	Jul-25-2018	8	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Jul-25-2018	Anulación por TDA negados	Ninguna
RONCANCIO VEGA DOMINICK DANIEL	1028727570	T	Feb-27-2017	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALEJANDRA KESSLER TORRES	52806942	Servicio Domestico	VIGENTE
COMERCIALIZADORA EL VEGON S A S	52806942	Dependiente	CERRADO
LOGISTICA Y SERVICIOS JD SAS	52806942	Dependiente	CERRADO
PUNTO EMPLEO SA	52806942	Dependiente	CERRADO
TRANSRAPIDO JD SAS	52806942	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
 Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

PRIMERA VEZ TI

1.028.727.570



APELLIDOS / NOMBRES

**RONCANCIO VEGA
DOMINICK DANIEL**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

27-FEB-2017**BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN

24-ABR-2024

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - PUENTE ARANDA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - PUENTE ARANDA BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 24-OCT-2024****8511572787
24-ABR-2024**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

VEGA BENAVIDES

NUIP 52.806.942

Nombre
CLAUDIA PATRICIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
13 JUL 1980	O+	
Lugar de nacimiento		
PAIPA (BOYACA)		

Fecha y lugar de expedición:
27 MAR 2000, BOGOTÁ D.C.

Fitted

Claudia Patricia Vega

Fecha de expiración
16 MAR 2033

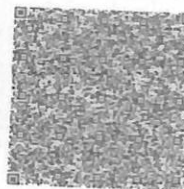


.EQ

019367273



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Riche



ICCOL019367273615001<<<<<<<<<<
8007131F3303160COL52806942<<<9
VEGA<BENAVIDES<<CLAUDIA<PATRIC

57

¡Hola!

LUZ FANNY RONCANCIO
KR 64A 2C 51 02 - GALAN
BOGOTA

vanti✓

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5147188-117053

Lote: P08GN Ruta: 0011160032820005010 Código del Sector: 047

Cuenta o referencia de pago 60912124

047

0011160032820005010

24872

P08GN

C1

vanti✓
Listo

Compra televisores, celulares, estufas,
motos, computadores y mucho más,
pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de
crédito aprobado

\$ 4.900.000



Listo
Vanti Listo

para iniciar el día con una
ducha caliente

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo
y compra ese calentador a gas que
le da más bienestar a tu hogar.

Aprovecha descuentos de \$50.000*
en tiendas aliadas y en www.grupovanti.com



vanti✓
Listo

Paga a cuotas a través de tu factura de gas



*Aplican términos y condiciones en grupovanti.com/vantilista. Publicidad a cargo de Vanti S.A. E.S.P. Gas Natural Cundiboyacense S.A. E.S.P., Gasoriente S.A. E.S.P. y Gasnacer S.A. E.S.P. Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/vantilista. Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

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

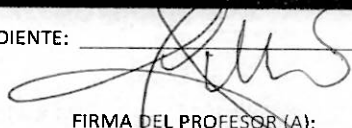
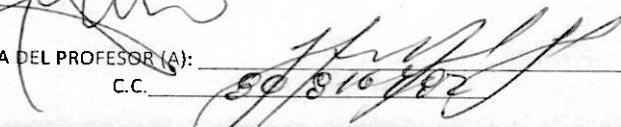
Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rago Herrera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Gabriel Santiago Moreno Lozano	EPS:	Comedica
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034789020	EDAD:	08
FECHA DE NACIMIENTO:	16/11/2015	BARRIO:	Piedra
DIRECCIÓN:	Cr 64 4B - 70 Apt 301		
TELÉFONO O CELULAR:	3213269996		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐ NO ☒		
DISCAPACIDAD:	SI ☐ NO ☒ CUAL? _____		
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Cindy Paola	APELLIDOS:	Lozano Paredes
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032418805	TELÉFONO:	319 2671776
DIRECCIÓN:	Cr 64 4B - 70 Apt 301	CELULAR:	319 2671776
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Miguel Alexander	APELLIDOS:	Morales Granados
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1016000976	TELÉFONO:	3213269996
DIRECCIÓN:	Cr 64 4B - 70 Apt 301	CELULAR:	3213269996
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	C.C. 1016000976		
FIRMA DEL PROFESOR (A):			
	C.C. 89/816782		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			
LOCAL DE PUENTE ARANDA		BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Miguel Alexander Moreno Grandos, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1016000916 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cr 6A 4B-70 Apt 301, actuando en calidad de acudiente del menor Gabriel Santiago Moreno Lozano identificado con la tarjeta de identidad No. 1031789020, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

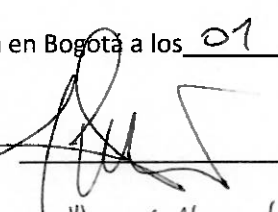
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Colmedica del régimen Prepagada.

Se firma en Bogotá a los 01 días del mes Junio de 2024.

Firma: 

Nombre: Miguel Alexander Moreno Grandos c.c. 1016000916

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA
NIT: 800.106.339-1
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
A QUIEN INTERESE

CINDY PAOLA LOZANO PAREDES identificado(a) con CC número **1032428805**, es el titular del contrato número **280000016187** correspondiente al plan **ESMERALDA PREMIUM**.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Nombres y apellidos	Identificación	Estado
2	GABRIEL SANTIAGO MORENO LOZANO	RC 1034789020	VIGENTE
3	MARTIN SIMON MORENO LOZANO	RC 1034790324	VIGENTE

OBSERVACIONES El usuario Martin simon Moreno, RC 1034790324 fue afiliado bajo el beneficio de Bebé Gestante con cobertura de enfermedades congénitas.

La presente se expide a solicitud del interesado al 31° día del mes de mayo de 2024 BOGOTA



Firma autorizada

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO COMO UNA CERTIFICACION DE PREEXISTENCIAS



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55776639

NUIP

1634719620

Datos de la oficina de registro - Casa de oficina

Registrador/a	Nombre	Apellido	Condición	Correspondencia	Supervisión de Papeles	Código
						624

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HONENIO	LOZANO
Nombre(s)	
GABRIEL SANTIAGO	
Fecha de nacimiento	Sexo (Masculino)
Año 2011 Mes 11 Día 14	MASCULINO
Grupo sanguíneo	Factor Rh
O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ	

Tipo de documento antecedente a Declaración de Nacimiento

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

13217154-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	País de nacimiento
LUZANO PAREDES CINDY PAULA	COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1032428805 de BOGOTÁ	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	País de nacimiento
HONENIO GRANADOS MIGUEL ALEXANDER	COLOMBIANO
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1018660816 de BOGOTÁ	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
HONENIO GRANADOS MIGUEL ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1018660816 de BOGOTÁ	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción

Año 2011 Mes 11 Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARCELO ALEXANDER RIVERA

Reconocimiento paterno

LUIS FORT X

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

MARCELO ALEXANDER RIVERA

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



55776639

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.000.816

MORENO GRANADOS

APELLIDOS

MIGUEL ALEXANDER

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+

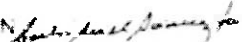
G S. RH

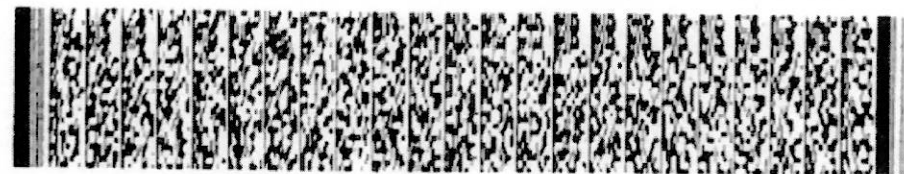
M

SEXO

24-FEB-2005 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

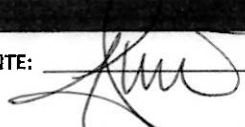
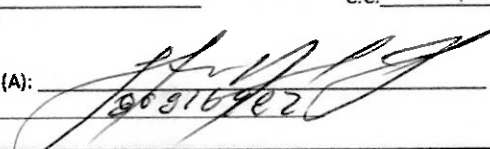

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 1500159 05217692 M 1011900816 20100224

0021214 003A 1

30550626

 <small>REPUBLICA DE COLOMBIA</small> FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Hugo Henery	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Martín Simón Horno Loraño		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034790324	EPS:	Colmedica
FECHA DE NACIMIENTO:	23/08/2017	EDAD:	06
DIRECCIÓN:	Cr 64 AB - 70 Apt 301	BARRIO:	Pradera
TELÉFONO O CELULAR:	3213269996		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Cindy Paola	APELLIDOS:	Loraño Paredes
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034728005	TELÉFONO:	3192671776
DIRECCIÓN:	Cr 64 AB - 70 Apt 301	CELULAR:	Pradera
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Hugo Alexander	APELLIDOS:	Horno Granados
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1016000816	TELÉFONO:	3213269996
DIRECCIÓN:	Cr 64 AB - 70 Apt 301	CELULAR:	3213269996
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 1016000816		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 C.C. 308164020		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Miguel Alexander Moreno Gracidos, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1016000816 de Bogotá, domiciliado en la dirección Niño Lozano, actuando en calidad de acudiente del menor Martin Simon, identificado con la tarjeta de identidad No. 1034790324, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Colmedica del régimen propiedad.

Se firma en Bogotá a los 01 días del mes junio de 2024.

Firma:

Nombre:

Miguel Alexander Moreno Gracidos c.c. 1016000816



COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

NIT: 800.106.339-1

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

A QUIEN INTERESE

CINDY PAOLA LOZANO PAREDES identificado(a) con CC número **1032428805** ,es el titular del contrato número **280000016187** correspondiente al plan **ESMERALDA PREMIUM**.

La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

NB	Nombres y apellidos	Identificación	Estado
2	GABRIEL SANTIAGO MORENO LOZANO	RC 1034789020	VIGENTE
3	MARTIN SIMON MORENO LOZANO	RC 1034790324	VIGENTE

OBSERVACIONES El usuario Martin simon Moreno, RC 1034790324 fue afiliado bajo el beneficio de Bebé Gestante con cobertura de enfermedades congénitas.

La presente se expide a solicitud del interesado al 31° día del mes de mayo de 2024 BOGOTA

Firma autorizada

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO COMO UNA CERTIFICACION DE PREEXISTENCIAS



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

NUIP 1034790324

Indicativo 57458986
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registralia ☐ Notaria ☒ Número 61 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Z H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento de Inspección de Policía - Submunicipio
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido MORENO Segundo Apellido LOZANO
Nombres MARTIN SIMON
Fecha de nacimiento Año 2017 Mes AGO Día 23 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Puntos del
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento de Inspección de Policía - Submunicipio)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Vale de identificación antecedente o Documento de registro

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
14366706-B

Debe inscribirse a partir de esta clase de partida los hijos de los inscritos a partir del mismo año, hasta el momento que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito.
Apellidos y nombres completos

LOZANO PAREDES CINDY PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)
CC 1032428605 de BOGOTÁ

Nacionalidad
COLOMBIANA

Debe inscribirse a partir de esta clase de partida los hijos de los inscritos a partir del mismo año, hasta el momento que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito.
Apellidos y nombres completos

MORENO GRANADOS MIGUEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)
CC 1015000816 de BOGOTÁ

Nacionalidad
COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MORENO GRANADOS MIGUEL ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número)
CC 1016000816 de BOGOTÁ

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

Año 2017 Mes AGO Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

PABLO MENDEZ BARAJAS

Reconocimiento paterno

LV116 F197

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

PABLO MENDEZ BARAJAS

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.000.816

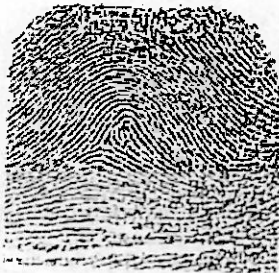
MORENO GRANADOS

APELLIDOS

MIGUEL ALEXANDER

NOMBRES


FIRMA



NO SE COPIA

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1987

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+

G S. RH

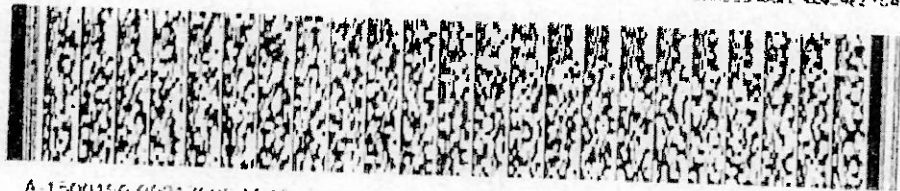
M

SEXO

24-FEB-2005 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbel Henríquez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL HENRÍQUEZ TORRES



A 1500155 05217092 M 1016000816 00160000

00212 18 0001 1

00550000



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Ponderosa		
DEPORTE:	Teekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Ponderosa		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Daniel Felipe Claujo Franco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141344007
FECHA DE NACIMIENTO:	25 marzo - 2014
DIRECCIÓN:	Calle 1 B0 # 52-45
TELÉFONO O CELULAR:	314 - 399 - 3923 - 312 778 - 9061

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI ☐ NO ☒ CUAL? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES:	Daniela	APELLIDOS:	Claujo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030673230	TELÉFONO:	314 399 3923
DIRECCIÓN:	Calle 1 B0 # 52-45	CELULAR:	314 399 3923

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	Nicolas	APELLIDOS:	Chaves
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022 375 931	TELÉFONO:	312 778 9061
DIRECCIÓN:	Calle 1 B0 # 52-45	CELULAR:	312 778 9061

FIRMA DEL ACUDIENTE: angie Claujo c.c. 1030673230

FIRMA DEL PROFESOR (A):

C.C. 90916402

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo angie Daniela Clavijo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030673230 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 180 # 52-45, actuando en calidad de acudiente del menor Daniel Clavijo identificado con la tarjeta de identidad No. 1141344007, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Beneficiario.

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes mayo de 2024.

Firma: Angie Daniela Clavijo

Nombre: angie Daniela Clavijo c.c. 1030673230

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	1141344007
NOMBRES	DANIEL FELIPE
APELLIDOS	CLAVIJO FRANCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.344.007**
CLAVIJO FRANCO

APELLIDOS
DANIEL FELIPE

NOMBRES
Daniel Clavijo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-2014**
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
25-MAR-2032

FECHA DE VENCIMIENTO **A+** **M**
G S RH SEXO

13-ABR-2021 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
AL MINISTERIO INTERIO

INDICE DERECHO



P-1500150-01228984-M-1141344007-20210423 0074194716A 1 3501374326

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.673.230**

CLAVIJO FRANCO
 APELLIDOS

ANGIE DANIELA
 NOMBRES

DANIELA FRANCO
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1996**

BOGOTA D.C
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

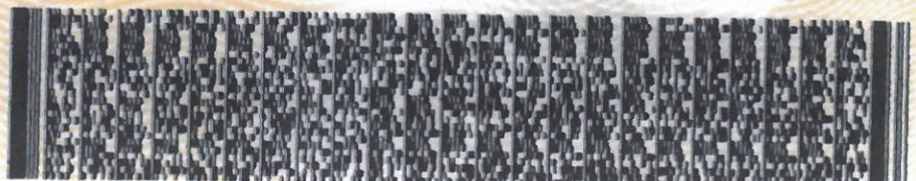
1.62
 ESTATURA

A+
 G.S. RH

F
 SEXO

23-DIC-2014 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES





FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR: Hugo Pardo AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Ponderosa
DEPORTE: Taekwondo
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Ponderosa

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: Nelly Sarahy Chaves Obujó
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1022 443 794 EPS: Compensar
FECHA DE NACIMIENTO: 02 - JUNIO - 2017 EDAD: 6 años
DIRECCIÓN: Calle 1315 # 52-45 BARRIO: Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR: 314-399-3923- 312 778 9061

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI ☐ NO ☒ CUAL?

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ☐ Femenino: ☒ LGTBI: ☐
ETNIA: Afro: ☐ Room: ☐ Indígena: ☐
Gitano: ☐

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ☐ NO ☒

DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ CUAL?

NUEVAS CIUDADANIAS:

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Daniela Claujo APELLIDOS: Claujo Franco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1030673230 TELÉFONO: 314 399 3923
DIRECCIÓN: Calle 1315 # 52-45 CELULAR: 314 399 39 23

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: Nicolás APELLIDOS: Chaves
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1022 375931 TELÉFONO: 312 778 9061
DIRECCIÓN: Calle 1315 # 52-45 CELULAR: 312 778 9061

FIRMA DEL ACUDIENTE: angie Daniela Claujo c.c. 1030673230

FIRMA DEL PROFESOR (A):

c.c. 30067902

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo angie Daniela clavijo Franco, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1036673230 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 1 Bis # 52-45, actuando en calidad de acudiente del menor Nelly Chaves identificado con la tarjeta de identidad No. 1022443794, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Beneficiario.

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes mayo de 2024.

Firma: Angie Daniela Clavijo

Nombre: angie Daniela clavijo c.c. 1030673230

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	1022443794
NOMBRES	NELLY SARAHY
APELLIDOS	CHAVES CLAVIJO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO



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



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia
Registro Civil

20745413-3

NUIP 1.022.443.794

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

56773811

79
* 5 6 7 7 3 8 1 1 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 7 A
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAVES	CLAVIJO

NELLY SARAHY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 02	FEMENINO	A	POSITIVO

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14135201-3

Datos de 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)

CLAVIJO FRANCO ANGIE DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.673.230	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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)

CHAVES HERRERA NICOLAS FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.022.375.931	COLOMBIA

Datos del declarante

CHAVES HERRERA NICOLAS FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.022.375.931	

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

Año 2017 Mes JUN Día 20	Nombre y firma del funcionario que autoriza
	EDGAR YESID GUERRERO OSORIO - REG

Reconocimiento paterno

Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

20 JUN. 2017 - LIBRO DE VARIOS - TODO EL FOLIO 0225.

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.673.230**

CLAVIJO FRANCO
APELLIDOS

ANGIE DANIELA
NOMBRES

DANIELA FRANCO
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

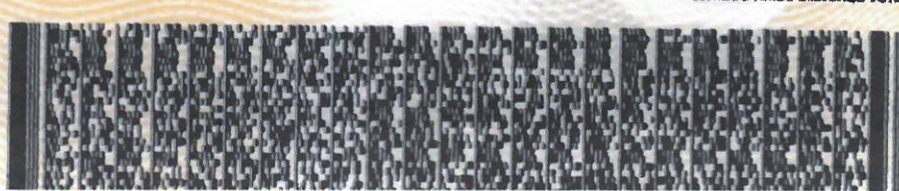
1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES





Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
Nº 960.061.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

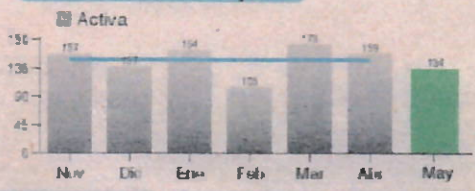
NELLY ESCOBAR DE SOTO
CL 1 BIS NO 45 45 P1 1
BOGOTÁ, D.C. - LA CAMELIA



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

12 203 1934 / 065-1117949

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO: \$880,22
CONSUMO DIARIO: 4,47 kWh
VALOR DIARIO: \$3 388

PERIODO FACTURADO: 16 ABR 2024 A 15 MAY 2024
DÍAS FACTURADOS: 30
CONSUMO MES: 134 kWh

Este mes fuimos afortunados 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: 3,98
FACTUR: 10008138031934
RUTA REPARTO: 12132188474
MANZANA DE LECTURA: M500430818
MEDIDOR NO: 085 1117949
MEDIDOR NO: 085 1117949

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Utiliza el microondas para calentar tus comidas ya que este consume 50% menos energía que un horno convencional.

CONTÁCTANOS

Contact information including email, chat, phone, and app details.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Payment methods including virtual payments, bank transfers, and QR codes.

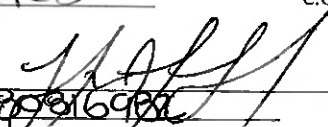
Virtual invoice registration section with QR code and benefits.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ABR 2024
C: \$381.341, D: \$269.13, CV: \$107.85, PR: \$73.40, R: \$7.15, CP: \$1.00 - \$880,22 Costo kWh Wbs

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Construcción de Energía (Actividad Tarifa 11.04 por kWh). Son los subestándares según Resolución No. 0547 de 20 de mayo 2002. IVA Regimen General: CUANTO MENOS RESOLUCIÓN CIRCULO 215 DE 1988.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 147 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago efectivo. Para mayor información consultar al 800 912 115, Llamada Bogotá al 01 8000 912 115, o en cualquier Centro de Servicio al Cliente. Concedido por ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Son las partes contratantes según Resolución No. 3091 de 10 de diciembre de 2023.
Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y el subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la instancia previa a la suspensión del servicio.
Esta factura es válida para el pago de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.
El suministro de la energía eléctrica se realiza en virtud de la suscripción al Contrato de Suministro de Energía Eléctrica, el cual se encuentra en el Anexo 1 de la presente factura.
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CIRCULO 215 DE 1988, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron obligaciones, sanciones y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 800 912 115. Toda la factura es de 800 912 115, o en cualquier Centro de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección de residuos de la factura de servicios públicos domiciliarios de energía eléctrica (Residuos de Comercial), de acuerdo con la legislación ambiental emitida por el Estado para el caso de la factura de recolección de residuos. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que presta sus servicios, ni por los residuos facturados. Para mayor información relacionada con estos servicios, por favor dirigirse a los servicios de atención telefónica por cada servicio.
FECHA DE EMISIÓN FACTURA: 17 MAY 2024

Si recibes el pago de un correspondiente bancario, exige el correspondiente que viene en el documento sobre el pago de la factura. El sello del correspondiente no es un copiado, válido en caso de robo.



 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Alexander Rubio Herrera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salon Comunal Milera		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milera		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Samantha Campos Terreros		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	102247672	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	21/01/2018	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	Carrera 53 F #3A-15	BARRIO:	Gulm
TELÉFONO O CELULAR:	3143567180		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Guliy Alexandra	APELLIDOS:	Terreros Guzmán
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032383882	TELÉFONO:	3143567180
DIRECCIÓN:	Carrera 53 F #3A-15	CELULAR:	3143567180
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Christian Camilo	APELLIDOS:	Campos Castro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1024525699	TELÉFONO:	3214320782
DIRECCIÓN:	Carrera 53 F #3A-15	CELULAR:	3214320782
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Guliy Terreros		C.C. 1032383882
FIRMA DEL PROFESOR (A):			C.C. 80816988
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
 JUSTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yuly Alexandra Terreros, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1032383882 de Guamo, domiciliado en la dirección Carretera 53E # 3A-15, actuando en calidad de acudiente del menor Samuel Campos identificado con la tarjeta de identidad No. 1022427672, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensa del régimen _____.

Se firma en Bogotá a los 1 días del mes Junio de 2024.

Firma: Yuly Terreros

Nombre: Yuly Alexandra Terreros c.c. 1032383882



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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CHRISTIAN CAMILO CAMPOS CASTRO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1024525699, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
SAMANTHA CAMPOS TERREROS	RC - 1022447672	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240501 Hasta 20250430

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de junio de 2024.

Observaciones:

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13200248



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.022.447.672

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 58625679
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 A

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

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMPOS. Segundo Apellido TERREROS.

Nombre(s) SAMANTHA.

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes ENE Día 21 Sexo (en letras) FEMENINO. Grupo sanguíneo A. Factor RH POSITIVO.

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo 14502405-7.

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 TERREROS GUZMAN YULY ALEXANDRA.

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.032.383.882. Nacionalidad 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 CAMPOS CASTRO CHRISTIAN CAMILO.

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.024.525.699. Nacionalidad COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CAMPOS CASTRO CHRISTIAN CAMILO.

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.024.525.699. Firma Christian Campos

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 Año 2018 Mes ENE Día 23 Nombre y firma del funcionario que autoriza JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES - RE

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento Christian Campos

ESPACIO PARA NOTAS

23.ENE.2018 - LIBRO DE VARIOS - L.V TOMO 43 FOLIO 0065 IMP.

23 ENE. 2018



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL SUSCRITO REGISTRADOR AUXILIAR HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTE DESPACHO (ART. 115, DECRETO 1260 DE 1970) VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES

REGISTRADOR AUXILIAR DE PUENTE ARANDA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

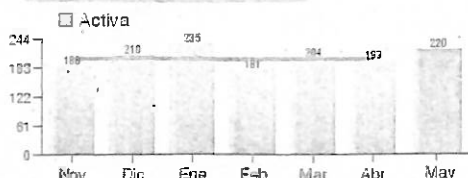
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 141101632-9

WELCOLONIA S.A. S.P.
MT-880.083.575-8
Calle 93 No. 13 - 45 Pinar

JORGE ENRIQUE OLAYA HERRERA
KR 53 F NO 3 A 15
PISO 1
BCGOTA, D.C. - COLON



12 207 1001 / 075-263536

VALCH RUTH
APLICADG
2000 00

CONSUMO DIARIO:
7,33 kWh

VALOR DIARIO:
\$5.950

PERÍODO FACTURADO:
16 ABR/2024 A 15 MAY/2024

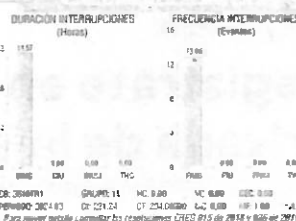
DÍAS
FACTURADOS: 30

CONSUMO MES
250 kWh

CONSULT YOUR LOCAL
ULTRASOUND SPECIALIST
TEXT 800.451.1234

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	3
CARGA kW:	5.00
FACTOR:	1
RUTA REPARTO:	10002122071001
RUTA LECTURA:	121221110375
MANZANA DE LECTURA:	MS00430831
MEDICOR NO:	075-263536
MEDIDOR NO:	075-263536



Utiliza el microondas para calentar tus comidas, ya que este consume 50% menos energía que un horno convencional.

COMPLEASANTLY AGREE



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ABR/2024
G: \$281.54 T: \$54.27 D: \$246.13 CV: \$107.85 PR: \$73.48 R: \$7.15 CF: \$0.08 / \$299.32 Costo kWh Mes

[illegible]

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 17 MAY/2024


clientes@colombias.com
 Círculo de servicios en
www.wars.com.co/es/personal/defensor-cliente.html

016 880 9093 (Línea Bot o paso Aéreo)




 Círculo Privado
 de la página Web


 App En la Círculo Colombia


 Social Colombia


 Línea CercosCC

Jorge, Fabiana y Candelmaría
904 5 115 115


 WhatsApp

016 880 9093
 Línea Bot o paso Aéreo

016 880 9093
 Línea CercosCC

<http://www.wars.com.co/es/personal/defensor-cliente.html>
clientes@colombias.com



Al realizar el pago en un centro comercial bancario, sigue a discreción de la que recibe el efectivo como seguro de pago. El se o del comerciante no es un concepto válido en caso de incumplimiento.





**FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

PROFESOR:	Hugo Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salón Comunal barrio Ponderosa		
DEPORTE:	TAEKWONDO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Ponderosa.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Mariana Riveras Calcedo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1025557566	EPS:	Embarcador
FECHA DE NACIMIENTO:	09-11-2015	EDAD:	8
DIRECCIÓN:	TV 52A BIS 1-36	BARRIO:	Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR:	3232365740		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI ☐ NO ☒ CUAL? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES:	Cindy Calcedo	APELLIDOS:	Torres
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1033705674	TELÉFONO:	3232365740
DIRECCIÓN:	TV 52A BIS 1-36	CELULAR:	3232365740

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

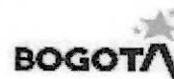
NOMBRES:	Jakson Riveras	APELLIDOS:	Ace
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026558679	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Cindy Calcedo T. c.c. 1033705674

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

c.c. _____

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Cindy Juliana Calcedo Torres, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033705674 de Bogotá, domiciliado en la dirección Tv 52 A Bis 1-36, actuando en calidad de acudiente del menor Mariona Riveras identificado con la tarjeta de identidad No. 1.025557566, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Fonisanar del régimen Contributivo.
Colsubsidio

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes Mayo de 2024.

Firma: Cindy Calcedo

Nombre: Cindy Calcedo C.C. 1033705674



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIANA RIVEROS CAICEDO identificado(a) con TI 1025557566 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de 06/06/2024

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 07 días del mes mayo del 2024.

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.025.557.566**
RIVEROS CAICEDO

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana Riveros
FIRMA



09-NOV-2015

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
09-NOV-2033

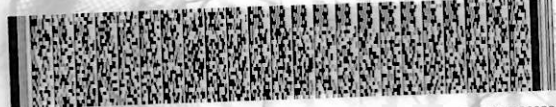
FECHA DE VENCIMIENTO
13-DIC-2022 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

B+ **F**
GRUPO SANGÜENEO SEXO

REGISTRO NACIONAL
REXAMER VILLACORCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01334051-F-1025557566-20221214 0093017961A 1 8506603331

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.033.705.674

NUMERO

CAICEDO TORRES
APELLIDOS

CINDY JULIANA
NOMBRES

Cindy Juliana Caicedo



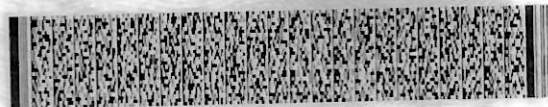

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 AB+ F
ESTATURA G S RH SEXO

30-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALAS MUÑOZ



P-1500100-45157925-F-1033705674-20070307 0188707066A 02 227862865

Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

Escanea el código QR, diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.

En Mi
vanti
en línea
hazlo tú mismo

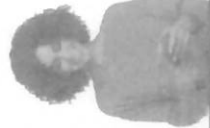
- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos

Avanzar es
descomplicarte la vida.



Escanea
este QR

mi.grupovanti.com



Mundo digital Vanti

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



Banco PSE



Banco BNC



Banco Itaú

BBVA



Banco GNB



Banco Falsabella

Banco Pichincha



Banco Cajasur



Escanea para
pagar tu factura

Recuerda que
para pagar de
manera digital
debes tener
tu factura
digitalizada

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático



Síguenos en nuestra red social como **@grupovanti** y conoce nuestras iniciativas

Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval

- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies
Matro, Jumbo, Éxito

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

Eficiencia energética

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

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingreso a www.grupovanti.com
y conoce los pisos para agendar tu cita



¡Hola!

NELSON MARTIN GONZALEZ
TV 52A BIS 1 36 01 - EL SOL
BOGOTA

vanti

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5137193-454568

Lote: P03GN Ruta: 0011170222040005000 Código del Sector: 055

Cuenta o referencia de pago 60761644

vanti
Listo

Tu cupo de
crédito aprobado

\$ 4.900.000

Compra televisores, celulares, estufas,
motores, computadores y mucho más,
pagandolo a través de tu factura de gas.

vanti
Listo



para iniciar el día con una
ducha caliente

Usa tu cupo de crédito Vanti Listo
y compra ese calentador a gas que
le da más bienestar a tu hogar.

Aprovecha descuentos de \$50.000*
en llamadas aladas y en www.grupovanti.com

Paga a cuotas a través de tu factura de gas

vanti

éxito

ALFAROM

KITRONIX

sumo

Sander

*Aplican términos y condiciones en grupovanti.com/VantiListo. Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Compañía de Gas S.A. ESP.
Gaselec S.A. ESP. y Gasnatural S.A. ESP. Consulta términos y condiciones de financiación en grupovanti.com/VantiListo.
Vanti Listo es un producto de las empresas del Grupo Vanti. Conoce más en grupovanti.com/tienda-virtual

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

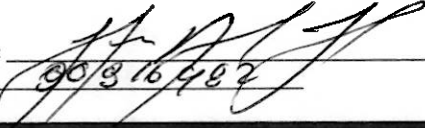
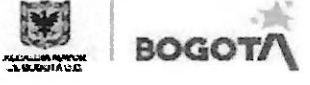
Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 485 4755

Línea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://m.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarte, de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

 <small>REPUBLICA DE COLOMBIA</small> FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Camelia		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Camelia		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Miguel David Iedesma Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034312081	EPS:	Sura
FECHA DE NACIMIENTO:	7 marzo 2014	EDAD:	10
DIRECCIÓN:	Diagonal 2 # 66-09	BARRIO:	galan
TELÉFONO O CELULAR:	3227449377		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☒ NO ☐ CUAL? Asma			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☐	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☐	CUAL? <input type="text"/>
NUEVAS CIUDADANIAS:	<input type="text"/>		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Marlys	APELLIDOS:	Rodriguez carta
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	689403	TELÉFONO:	3227449377
DIRECCIÓN:	Diagonal 2 # 66-09	CELULAR:	3227449377
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Nestor Miguel	APELLIDOS:	Iedesma UParela
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1069467252	TELÉFONO:	3133007194
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3133007194
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	C.C. 1069467252		
FIRMA DEL PROFESOR (A):			
	C.C. 90316482		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nestor Miguel Iedema Uparela, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1069467252 de Sahagún - Córdoba domiciliado en la dirección Dig 2 # 66 - 09, actuando en calidad de acudiente del menor Miguel Iedema identificado con la tarjeta de identidad No. 1034312081, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

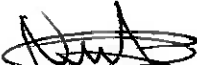
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sura del régimen .

Se firma en Bogotá a los 31 días del mes Mayo de 2024.

Firma: 

Nombre: Nestor Iedema c.c. 1069467252

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	1034312081
NOMBRES	MIGUEL DAVID
APELLIDOS	LEDESMA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	31/10/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/27/2024 16:41:23 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.312.081**
LEDESMA RODRIGUEZ

APELLIDOS
MIGUEL DAVID

NOMBRES
miguel le
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-2014**
CARACAS - MIRANDA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO
07-MAR-2032

FECHA DE VENCIMIENTO **O+** **M**
G S RH SEXO

10-MAY-2021 **BOGOTÁ D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



REGISTRO NACIONAL
ALEXANDER VEZAROVICH



P-1500150-01344782-M-1034312081-20230303 0099365625A 1 9922682976

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.069.467.252**

LEDESMA UPARELA
APELLIDOS

NESTOR MIGUEL
NOMBRES

Nestor Ledezma
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1988**

SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-AGO-2006 CHINU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1301900-43155742-44-1000487252-20001228 0235308361P 02 208115283



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
METROPOLITANA DE URBANIZACIONES
DG 2 66 09 AP 517

PUENTE ARANDA
GALAN

ESTRATO: 3 CATEGORÍA DE USO: Residencial
UNID. HABIT. FAMILIAR: 1 TIPO DE NO HABITACIONAL: 0
ZONA: 3 CICLO: E3 RUTA: E33170

Datos del medidor

MARCA: FLODIS DE ACTARIS SERIE: A118231910 TIPO: VELOCIMETRO DIÁMETRO: 15

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA	1046	CONSUMO (m³)	7
LECTURA ANTERIOR	1039	PROMEDIO (m³)	14
FACTURADO CON	Consumo Normal	Descarga fuente alterna	0
Último consumo en m³	13	15	15

CUENTA CONTRATO

Número para cualquier consulta

11175928

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

10297500414

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Aseo (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$118.610

Fecha de pago oportuno

MAR/26/2024

Fecha de suspensión

ABR/02/2024

JUL-AGO \$97.140 AGO-OCT \$107.514 OCT-DIC \$108.068 ÚLTIMO CONSUMO

Periodo facturado

DIC/28/2023 - FEB/24/2024

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN

MAR/13/2024

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA

MAY/23/2024

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

Descripción	Cant. Med.	Costo		Subsidio (Cobros)	Tarifa (Valor Unitario)	Valor	Otras Cargas	Intereses	Valor Total
		Valor Unitario	Valor Total						
Cargo fijo residencial	1	\$17.783,90	\$17.784	\$2.668-	\$15.115,97	\$15.116			
Consumo residencial básico	7	\$3.373,73	\$23.616	\$3.542-	\$2.667,67	\$20.074			
Consumo residencial superior a básico									
Cargo fijo no residencial									
Consumo no residencial (m3)									
Subtotal Agua y Alcantarillado ①			\$41.400-	\$6.210-		\$35.190	Subtotal Otros Cobros ②		\$146-
Cargo fijo residencial	1	\$8.452,87	\$8.453	\$1.268-	\$7.184,95	\$7.185	Otros conceptos que adeuda		
Consumo residencial básico	7	\$3.604,68	\$25.234	\$3.785-	\$3.064,15	\$21.449	Valor Total		
Consumo residencial superior a básico									
Cargo fijo no residencial									
Consumo no residencial (m3)									
Subtotal Alcantarillado ②			\$33.687	\$5.053-		\$28.634	Totales conceptos que adeuda		

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³.
Período actual

\$0

① ② ③ ④

\$63.970

\$31.912

\$1.082

Sabías que...

los condones están hechos a base de látex, un material que no se disuelve fácilmente?

Tirarlos al inodoro puede obstruir las tuberías de tu casa y del sistema de alcantarillado de la ciudad.



el condón en el sanitario, tíralo a la caneca

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Juan Esteban Bonilla Lemus		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141344926	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	15-02-2014	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	Cr 55 # 18-51 Sur	BARRIO:	Mileta
TELÉFONO O CELULAR:	312 563 1630		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS: _____			
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Sandra Lemus	APELLIDOS:	Lemus Guataqui
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'915-456	TELÉFONO:	312 563 1630
DIRECCIÓN:	Cr 55 # 18-51 Sur	CELULAR:	312 563 1630
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Alfredo Bonilla	APELLIDOS:	Bonilla Martinez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80251 552	TELÉFONO:	301309 2527
DIRECCIÓN:	Cr 55 # 18-51 Sur	CELULAR:	301309 2527
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Sandra Lemus		C.C. 52 915-456
FIRMA DEL PROFESOR (A):	Hugo A. Rubio H.		C.C. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
 JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA		  BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Sandra Lemos, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52'915-456 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cr 55 # 18-51 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Bonilla identificado con la tarjeta de identidad No. 441344926, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanita del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 08 días del mes Abril de 2024.

Firma: Sandra Lemos

Nombre: Sandra Lemos c.c. 52'915-456

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	1141344926
NOMBRES	JUAN ESTEBAN
APELLIDOS	BONILLA LEMUS
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	01/06/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/27/2024 16:38:01	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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.344.926**

BONILLA LEMUS

APELLIDOS
JUAN ESTEBAN

NOMBRES
Juan Esteban Bonilla Lemus
FIRMA



Scanned by TapScanner



FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-2014**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
15-JUL-2032

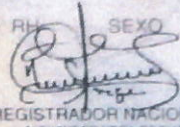
FECHA DE VENCIMIENTO **06-OCT-2021 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

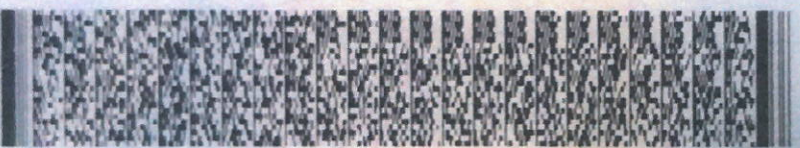
INDICE DERECHO

O- M

G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01259091-M-1141344926-20211007 0075750861A 1 8503083233

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.915.456
LEMUS GUATAQUIRA

APELLIDOS

SANDRA CAROLINA

NOMBRES

Sandra Lemus Guataquirá

FIRMAS



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1983

GUATEQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

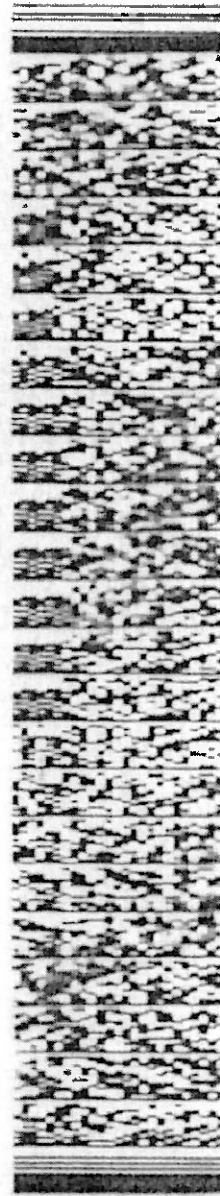
SEXO

21-MAY-2002 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

IND DE DENECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00437324-F-0052915456 20130530

0033185020A 1

1272370066



Total Energía
\$90.300

+



Portafolio Enx
\$0

=



\$90.300

PAGO OPORTUNO
14 MAR /2024

FECHA DE SUSPENSIÓN ①
18 MAR/2024

ENERGÍA

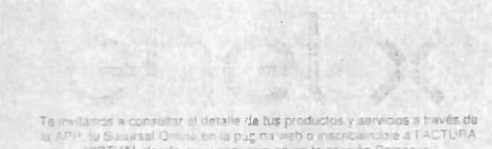
NÚMERO DE CUENTA 0189704-0

FECHA DE EMISIÓN 02 ABR /2024

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

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	-	Lectura Anterior	=	Diferencia de lectura	X	Factor	=	Energía Consumida kWh	Energía Facturada kWh	X	Valor Unitario	=	Valor Factura
ENERGÍA ACTIVA FP	47.050		46.950		122		1		122	122		\$870.82		\$106.240
ENERGÍA REACTIVA	0		0		0		0		0	0		\$256.98		\$0
SUBSIDIO	Consumo a subsidio 130.00 kWh			X	Valor kWh \$870.8104	X	Beneficio -15.00 %							\$15.936
ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO \$3.114 DIARIOS													SUBTOTAL:	\$90.304

Otros cobros asociados a energía:
Ajustes a la decena
SUBTOTAL: \$-4
\$-4

Otros cobros de productos y servicios:


Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sausal Online, en la pág. web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL, desde [www.enx.com.uy](#) en la sección Personas.

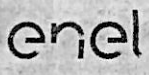
Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y agua
2 TOTAL OTROS: \$0

Consumos + Otros cobros asociados a energía **1 TOTAL ENERGÍA** **\$90.300**

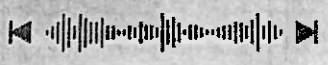
! Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de \$97.104.

Le informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fídel 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, El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -15.00 %



Soy la energía y tengo mucho que contarte.
Escucha mi entrevista en el episodio 10 del podcast
"Energía para la vida"
escaneando el QR o en tu plataforma de audio favorita.





Escúchanos



NÚMERO DE CLIENTE
0189704-0

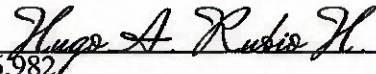


(415)7707206914253(6020)01018970401311966586(3900)0000000090300

PAGO OPORTUNO
14 MAR /2024

TOTAL A PAGAR
\$90.300

Factura de Servicios Públicos No.
131196658-6

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Andres Felipe Villamil Villamil		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022441512	EPS:	capital
FECHA DE NACIMIENTO:	Enero 26 2017	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	BARRIO:	Salón
TELÉFONO O CELULAR:	3133542344		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI <u>NO</u> CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Leydy Villamil	APELLIDOS:	Villamil
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022932601	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3115189144
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Albeiro	APELLIDOS:	Villamil
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80122123	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3115189144
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Leydy Villamil		c.c. 1022932601
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80.816.982		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Albino Villamil, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80127123 de Bta, domiciliado en la dirección Cra 56 #23-54, actuando en calidad de acudiente del menor Andres, identificado con la tarjeta de identidad No. 1022441512, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Capital del régimen Subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes Abril de 2024.

Firma: Albino Villamil

Nombre: Albino Villamil c.c. 80127123

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	1022441512
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	VILLAMIL VILLAMIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	07/07/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 09/27/2024 16:35:53 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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



Adhesivo Copia
Registro Civil

20188268-3

NUIP 1.022.441.512

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

56700864

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 7 A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
VILLAMIL		VILLAMIL	
Nombre(s)			
ANDRES FELIPE			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2017 Mes ENE Día 26		MASCULINO	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13896114-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
VILLAMIL CASTELLANOS LEYDY YAMILE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.022.932.601	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
VILLAMIL ALBEIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.127.123	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
VILLAMIL ALBEIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.127.123	Albeiro Villamil

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 FEB Día 23	EDGAR YESID GUERRERO OSORIO - REG

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80127123**

VILLAMIL
APELLIDOS

ALBEIRO
NOMBRES

Albeiro Villamil
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1982**

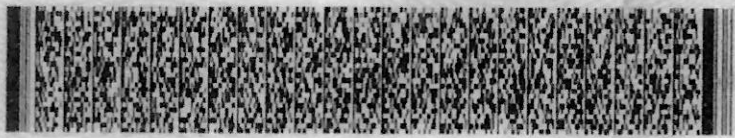
VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 **O+** **M**
ESTATURA G S RH SEXO

19-JUN-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

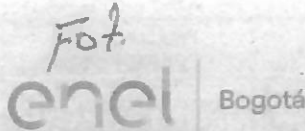
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500115-47083552-M-0080127123-20010410 0395101094A 02 093209062

47472



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 800.063.875-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

LUIS A NIETO
KR 56 NO 2 B 54 AP 200
2 PISO
BOGOTÁ, D.C. - GALAN

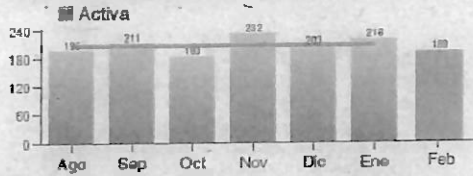
*Pago 2º negu
por negu
leidy*

12 206 3044 / 075-208543



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$970.82

CONSUMO DIARIO:
7,00 kWh

VALOR DIARIO:
\$7.315

PERÍODO FACTURADO:
18 ENE/2024 A 13 FEB/2024

DÍAS FACTURADOS:
27

CONSUMO MES
189 kWh

CONSUMO PROMEDIO
12.74 kWh

¿Este mes tuvimos acenso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual?

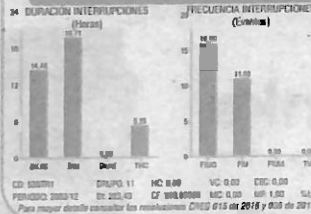
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Comercial
ESTRATO: 0
CARGA kW: 2.50
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10002122063044
RUTA LECTURA: 12122080555
MANZANA DE LECTURA: MS00430447
MEDIDOR NO: 075-208543
MEDIDOR NO: 075-208543

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Verifica el número de días facturados, puede variar cada mes afectando el valor mensual de tu factura.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTÁCTANOS

Atención al cliente
Chat de servicio en www.enel.com.co/encuentra-nuestro-centro-de-servicio
315 690 8000 (línea Bot o paso Asesor)

Atención al cliente
Regístrate gratis
24 horas al día
App Enel Clientes Colombia

Atención al cliente
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

Atención al cliente
115 Gratuito
601 5 894 894

Atención al cliente
<https://www.enel.com.co/encuentra-nuestro-centro-de-servicio>

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Baneo, Internet, Teléfono, Débito Automático, Cícheo Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Boleto de Pago Online, Móvil, HEAT, Tigo

Corresponsales Bancarios

CONRED, refácil, Revól, TODU, MOVIED, Enel Clientes Colombia

Red Distrital

RED CADI, Almacenes de Cadena

Boleto Virtual

Código QR

Inscríbete a la factura virtual
Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.

Atención al cliente

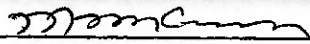
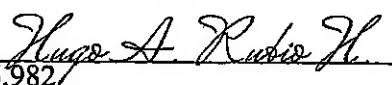
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2024
C: \$371.22 T: \$54.32 D: \$258.98 CV: \$107.20 PR: \$71.34 R: \$9.76 CF: \$0.00 / \$970.82 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 2014: Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por kWh. Somos autoregulatorios según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Atención al cliente

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en: www.enelstore.com/co/es
sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: \$19.750

Atención al cliente

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	MARIANA REUTO MARTINEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1142715334	EPS:	sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	19/02/08	EDAD:	16
DIRECCIÓN:	KR 36 #4-71	BARRIO:	
TELÉFONO O CELULAR:	3105503661		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☒ NO ☐ CUAL? SINCOPE			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☒	NO ☐	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? <input type="text"/>
NUEVAS CIUDADANIAS: <input type="text"/>			
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	MARTINA MARTINEZ	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52325269	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3105503661
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	GIONANNY	APELLIDOS:	REUTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79620567	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3108556099
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 52325269
FIRMA DEL PROFESOR (A):  C.C. 80.816.982/			
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Martha Edith Martinez Nunez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52325261 de Bogotá, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor Manana Rento identificado con la tarjeta de identidad No. 1142715334, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Abril de 2024.

Firma: [Firma manuscrita]

Nombre: Martha Edith Martinez c.c. 52325261

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	1142715334
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	REUTO MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/27/2024 16:29:59 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.142.715.334**

REUTO MARTINEZ

APELLIDOS

MARIANA

NOMBRES

Mariana Reuto
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-2008**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-FEB-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
G S RH SEXO

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

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00746495-F-1142715334-20150915 0046413909A 2 44322438

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.325.269**
MARTINEZ NUÑEZ

APELLIDOS
MARTHA EDITH

NOMBRES
Martina

FIRMA
Martina



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1977**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

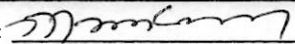
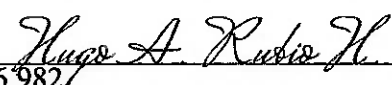
F
SEXO

22-JUN-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00005854-F-0052325269-20080426 0000151635A 1 1690012394

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILENTA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Daniela Reuto Martinez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013130070	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	8-Abril-2010	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Cra 36 # 4-71	BARRIO:	Tibana
TELÉFONO O CELULAR:	3105503661		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI _____ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: _____	Femenino: ☒ _____	LGTBI: _____
ETNIA:	Afro: _____	Room: _____	Indígena: _____
	Gitano: _____		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☒ _____	NO _____	
DISCAPACIDAD:	SI _____	NO _____	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Martha Martinez	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52325269	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 36 # 4-71	CELULAR:	3105503661
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Giovanny	APELLIDOS:	Reuto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79620567	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3109556099
FIRMA DEL ACUDIENTE:			c.c. 52325269
FIRMA DEL PROFESOR (A):			c.c. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Martha Edith Martinez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52325269 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 36# 1571, actuando en calidad de acudiente del menor Daniela Renteria identificado con la tarjeta de identidad No. 1073130878, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPSS Sanita del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes Abril de 2024.

Firma: Martha Martinez

Nombre: Martha Martinez c.c. 52325269

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	1013130878
NOMBRES	DANIELA
APELLIDOS	REUTO MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/27/2024 16:25:30	Estación de origen:	2800:484:7883:9600:396e:cbaa:61bd:acc9
---------------------	---------------------	---------------------	--

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.130.878**

REUTO MARTINEZ

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES

Daniela Reuto
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

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

A+ **F**
G S RH SEXO

INDICE DE HECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00965468-F-1013130878-20190308 0059871047A 1 1234744616

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.325.269
MARTINEZ NUÑEZ

APELLIDOS
MARTHA EDITH

NOMBRES

Martina
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

22-JUN-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00005864-F-0052325269-20080426 0000151835A 1 1890012394

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

Avanzar es
descomplicarte la vida.

Escanea este QR

mi.grupovanti.com

- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos

Mundo digital Vanti

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

➤ Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban * Banco de Bogotá BBVA * Bancolombia

Itau * Banco GNB * Banco Pichincha

Banco AV Villas * Banco Pichincha * Banco Cajas de Ahorro

Banco Falsabella * Banco Pichincha * Banco Cajas de Ahorro

DANAVENDA * Banco Pichincha * Banco Cajas de Ahorro

Botón PSE Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

➤ Síguenos en nuestra red social como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

¿Juntos Presenciales

Responsables Banco BBVA
Responsables Scotiabank Colpatria
Responsables Grupo Aval

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Supermercados

Linea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

vanti

CONSTRUCCIONES BUEN VIVIR SA CONSTRUCCIONES BUENAS de avanzar

Vanti S.A. ESP.

KR 36 4 71 T02 00211 - COMUNEROS

Medidor Gas No. 5017118-3440805

BOGOTÁ

Lote: P16GN Ruta: 0011170100900006100 Código del Sector: 056

Cuenta o referencia de pago 62997350

vanti

Lista

Tu cupo de crédito aprobado

\$ 4.900.000

Compra televisores, celulares, estufas, motores, computadores y mucho más, pagandolos a través de tu factura de gas.

vanti

Lista

Subete a tu moto

Compra tu moto con tu cupo Vanti Lista y llévate un bono de gasolina por \$30.000

Valido solo para compras iguales o superiores a \$300.000

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

INNOVATIONMOTOS

CARRERA MOTOS

GSM

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Condensación S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP. y Gas Natural del Cesar S.A. ESP. * Aplica solo para compras de motocicletas en establecimientos aliados. Consulta T&C de la campaña ingresando a <https://www.grupovanti.com/vantilista>. Vanti Lista es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción valida hasta el 22 de marzo de 2024 o hasta agotar existencias, se entregaran hasta 600 bonos de tanques de gasolina, redimibles por valor de \$30.000 cada uno.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

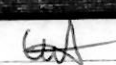
Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Linea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Linea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salon comunal - La ponderosa		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	La ponderosa		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Lucas Ospina Escobar		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011107587	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	9/Mayo/2014	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Calle 1h #38a S1	BARRIO:	Carabelas
TELÉFONO O CELULAR:	3007060771		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.			
SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐ NO ☒		
DISCAPACIDAD:	SI ☐ NO ☒ CUAL? _____		
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR (Madre)			
NOMBRES:	Luz Adriana Escobar	APELLIDOS:	Escobar Bueno
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52932637	TELÉFONO:	3007060771
DIRECCIÓN:	Calle 1h #38a S1	CELULAR:	3007060771
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Edgar Andres	APELLIDOS:	Ospina Bonilla
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79786528	TELÉFONO:	3195433826
DIRECCIÓN:	Calle 1h #38a S1	CELULAR:	3195433826
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 52932637		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80816932		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Adriana Escobar Bueno identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52932637 de Bogotá, domiciliado en la dirección calle 1a #380 51, actuando en calidad de acudiente del menor Lucas Ospina Escobar identificado con la tarjeta de identidad No. 1011107587, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes Julio de 2024.

Firma: Luz Adriana Escobar Bueno

Nombre: Luz Adriana Escobar Bueno c.c. 52932637



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	1011107587
NOMBRES	LUCAS
APELLIDOS	OSPINA ESCOBAR
FECHA DE NACIMIENTO	*/*/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	09/05/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/13/2024 09:55:18	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52932637

NUMERO

ESCOBAR BUENO

APELLIDOS

LUZ ADRIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

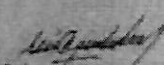
LUGAR DE NACIMIENTO

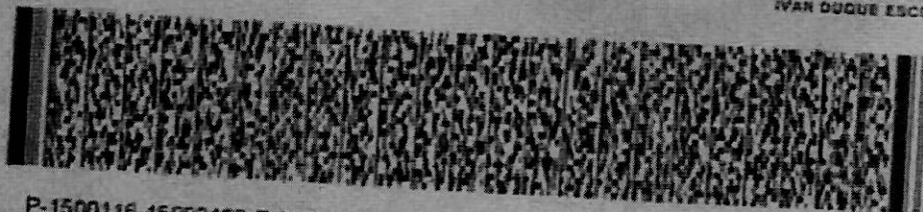
1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-MAR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500116-45063482-F-0052932637-20010811

03060 01222A 01 110980026


ALCALDÍA DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
BOGOTÁ, D.C. - 2024

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Hugo Rubio.	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Salon comunal - La ponderosa		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	La ponderosa		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Santiago Ospina Escobar		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	10250079152	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	16/abril/2015	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	calle 1h #38a 51	BARRIO:	Carabelas
TELÉFONO O CELULAR:	3007060771		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI _____ NO ☒ CUAL? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: _____	LGTBI: _____
ETNIA:	Afro: _____	Room: _____	Indigena: _____
	Gitano: _____		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI _____	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI _____	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Luz Adriana	APELLIDOS:	Escobar Bueno
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52932637	TELÉFONO:	3007060771
DIRECCIÓN:	calle 1h #38a 51	CELULAR:	3007060771

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Edgar Andres	APELLIDOS:	Ospina Bonilla
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	70786528	TELÉFONO:	3195433826
DIRECCIÓN:	calle 1h #38a 51	CELULAR:	3195433826

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52932637

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____ C.C. 00015902

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad


JUNTA ADMINISTRADORA
LOCAL DE PUENTE ARANDA


ALCALDÍA DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Adriana Escobar Bueno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52932637 de Bogotá, domiciliado en la dirección calle 1h #38a 51, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago Ospina identificado con la tarjeta de identidad No. 10250079152, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes Julio de 2024.

Firma: 

Nombre: Luz Adriana Escobar Bueno c.c. 52932637



**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	1025079152
NOMBRES	SANTIAGO
APELLIDOS	OSPINA ESCOBAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	15/05/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/27/2024 16:19:34 Estación de origen: 2800:484:7883:9600:396e:cbaa:61bd:acc9

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



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial **57566461**

NUIP **1025079152**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	9	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	009		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
OSPINA		ESCOBAR	
Nombre(s)			
SANTIAGO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2018	Mez	A B R
Día	15	MASCULINO	* O *
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14642700 - 7

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
ESCOBAR BUENO LUZ ADRIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadanía 52932637	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
OSPINA BONILLA EDGAR ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadanía 79.786.528	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
OSPINA BONILLA EDGAR ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cedula de Ciudadanía 79.786.528	Andrés Ospina

Datos primer testigo	
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo	
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes A B R Día 17	CLAUDIA EDUARDO BONILLA
	NOTARIA 9 - BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52932637

ESCOBAR BUENO
LUZ ADRIANA

APellidos
Nombres

[Handwritten signature]

Firma




FECHA DE NACIMIENTO 09-DIC-1982
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

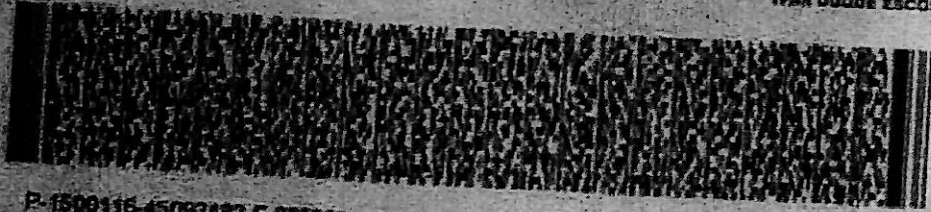
1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-MAR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1509116-45093482-F-0052932637-20010811 0306001222A 01 110800026

P308



Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 800.063.875-9
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

LUZ MARINA BUENO PINZON
CL 1 H NO 38 A 51 AP 308
APTO 308
BOGOTÁ D.C. - JORGE GAITAN CORTAS

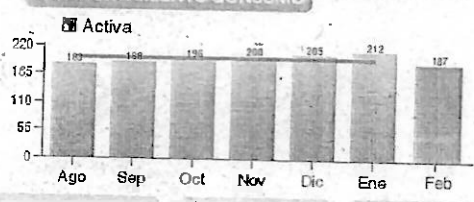
PA6000

15 201 1167 / 019-56252532



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO
\$870,82

CONSUMO DIARIO:
6,93 kWh

VALOR DIARIO:
\$5.465

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 12 MESES
187 kWh

PERIODO FACTURADO:
21 ENE/2024 A 16 FEB/2024

DÍAS FACTURADOS:
27

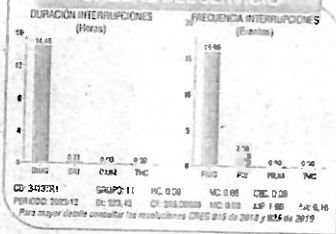
CONSUMO MES
187 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA KW: 11,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10002152011167
RUTA LECTURA: 12152030559
MANZANA DE LECTURA: MS00421033
MEDIDOR NO: 019-56252532
MEDIDOR NO: 019-56252532

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA
Verifica el número de días facturados, puede variar cada mes afectando el valor mensual de tu factura.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Boleto de Pago Online.

Corresponsales Bancarios: CONRED, etéfil, Revit, etc.

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: Almacenes de Cadena

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2024
G: \$371,22 T: \$54,32 D: \$258,89 CV: \$107,20 PR: \$71,34 R: \$9,76 CP: \$8,00 / \$870,82 Costo kWh Mas

ACTIVIDAD ECONOMICA 2014 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por kWh. Somos autoregulatorios según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002.

IVA Régimen Común: CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Nota: El cliente 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 comuníquese al 0011 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Conceder de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Sonos gratuitos contribuyentes según resolución No. 0051 de 14 de diciembre de 2003.

Nota: La factura de pago consta de una copia de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 005 de 2014, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus clientes. Para obtener mayor información, se invita a consultar en nuestra página web ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. sobre el servicio de atención para facturas a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Concepto de Comercialización), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como comprobante de pago. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que presta los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención establecidos por cada Empresa.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 20 FEB/2024

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0367009-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 129604121-6

¿Por qué puede variar el valor de tu factura?

- Las tarifas impuestas por la CREG debido a costos del servicio pueden cambiar constantemente, según las actualizaciones más recientes y pueden consultarse en nuestra página.
- Puedes tener un alto consumo o fallos eléctricos sin darte cuenta.
- Un periodo normal de facturación puede estar entre 22 y 33 días, esto varía de acuerdo con la cantidad de días hábiles que hay en el mes.
- Puedes tener cambios de zona específica, los descuentos, descuentos en la factura.



Escanea aquí a conocer más de tu factura
www.enel.com.co



CONTÁCTANOS

clientescolombiano@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/usuarios/chat-de-atencion.html
315 890 6003 @enel (bot o paso a paso)

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENLIZA SUPLENICIAL CUENTA
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas.
601 5 934 894 denuncias@enel.com

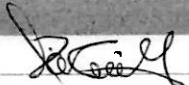
DEFENSOR DEL CLIENTE
<http://www.enel.com.co/usuarios/defensor-cliente.html>
denuncias@enel.com

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

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



 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Nicolas Cavedes Ponche		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1147488406	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	30/03/2012	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	BARRIO:	Carabebes
TELÉFONO O CELULAR:	320 388 95 55		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI _____ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: _____	LGTBI: _____
ETNIA:	Afro: _____	Room: _____	Indigena: _____
	Gitano: _____		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI _____	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI _____	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANÍAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Laura Stetania	APELLIDOS:	Ponche Rubion
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032434 272	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	CELULAR:	320388 955
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Omar Fabian	APELLIDOS:	Cavedes Martin
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032428 250	TELÉFONO:	260 38 89
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	CELULAR:	310 558 2534
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 1032428250
FIRMA DEL PROFESOR (A):			C.C. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 BOGOTÁ	



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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) LAURA STEFANIA PANCHE RUBIANO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1032434272, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
NICOLAS CAVIEDES PANCHE	TI - 1147488406	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131
JERONIMO CAVIEDES PANCHE	RC - 1019914621	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131
LAURA STEFANIA PANCHE RUBIANO	CC - 1032434272	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 7 días del mes de abril de 2024.

Observaciones:

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

Cordialmente,

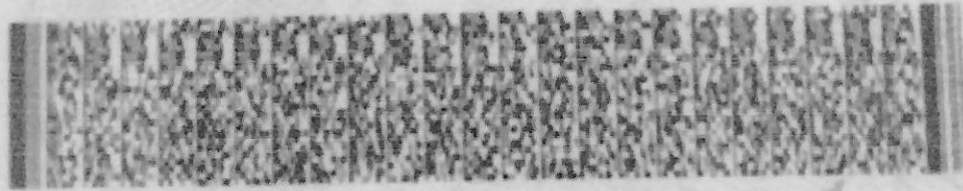
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13171282

 **FECHA DE NACIMIENTO** 30-MAR-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-MAR-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
29-MAY-2019 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA

INDICE DERECHO



P-1500150-01083559-M-1147488406-20190712 0066358345A 2 61145806

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.147.488.406
CAVIEDES PANCHE
APELLIDOS
NICOLAS
NOMBRES



Nicolas Cavedes Panché
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.428.250**

CAVIEDES MARTINEZ
 APELLIDOS

OMAR FABIAN
 NOMBRES

[Handwritten signature]

REPUBLICA DE COLOMBIA

[Portrait photo of Omar Fabian Cavedes Martinez]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1989**
BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 **O+** **M**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ABR-2007 **BOGOTA D.C.**
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS SALAS VASQUEZ

INOSCE DERECHO

[Barcode]

P-1500113-45160772-M-1032428250-20070526 **00363** 071778 02 228138584

PANCHE RUBIANO

LAURA STEFANIA

31-DIC-1989

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

1.60

 $\oplus$

4

SEXO

10-ENE-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN *Sancti Spiritus, Paraguay, 20 de Mayo de 1906*

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN

10. *Staphylococcus aureus* (Staph aureus)

A 1500150-00558855 F.1032434272.20140401

00377179484 1

11608411

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

Inscríbete para tener tu factura de manera digital

Escanea el código QR, diligencia el formulario y empieza a recibir tu factura de manera digital.

En Mi **vanti.** en línea hazlo tú mismo

Avanzar es descomplicarte la vida.

Escanea este QR

mi.grupovanti.com

- Agenda tus servicios y citas
- Consulta tus consumos
- Descarga tus facturas
- Haz tus pagos

Mundo digital Vanti

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

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban* Itaú* Bancolombia* BBVA*

Banco AV Villas* Banco GNB* Banco Pichincha* Banco Falabella* Davivienda* Banco GNB Sudameris*

Botón PSE Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Capitalia
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

Linea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.

Reducir nuestro consumo

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

Eficiencia energética

Por favor dobla y rasga para abrir la factura

¡Hola!
DORIS MARTINEZ
KR 38A 1 59 01 - CARABELAS
BOGOTÁ

vanti.
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5137193-422585

Lote: P12GN Ruta: 00111701537900605000 Código del Sector: 054
Cuenta o referencia de pago **60792385**

vanti. **Listo**

Compra televisores, celulares, estufas, motos, computadores y mucho más, pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de crédito aprobado
\$ 4.900.000

vanti. **Listo** **súbete a tu moto**

Compra tu moto con tu cupo Vanti Listo y llévate un bono de gasolina por **\$30.000***

Válido solo para compras iguales o superiores a \$7000.000

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

DIVER A MOTOS **CARRERA MOTOS** **INNOVATION MOTOS** **MUNDO DE LA MOVILIDAD**

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP. Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gas Natural del Cesar S.A. ESP. *Aplica solo para compras de motocicletas en establecimientos aliados. Consulta T&C de la campaña ingresando a <https://www.grupovanti.com/VantiListo/motos>. Vanti Listo es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción válida hasta el 23 de marzo de 2024 o hasta agotar existencias, se entregarán hasta 600 bonos de gasolina, redimibles por valor de \$30.000 cada uno.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

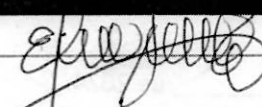
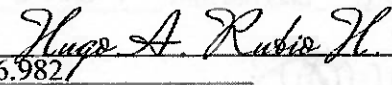
Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Linea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 8171
Bucaramanga (607) 685 4755

Linea de WhatsApp 315 416 4164
Mi Vanti en línea
<https://m.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Violetta Tellez Verdugo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1028622020	EPS:	Sumitas
FECHA DE NACIMIENTO:	MAY 16 2013	EDAD:	10 AÑOS
DIRECCIÓN:	C/2A BIS #53A-45	BARRIO:	Comelico Norte
TELÉFONO O CELULAR:	3118319194		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Eliana Verdugo	APELLIDOS:	Verdugo R.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1022390176	TELÉFONO:	3118319194
DIRECCIÓN:	C/2A BIS #53A-45	CELULAR:	3118319194
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Jelson	APELLIDOS:	Tellez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1026553473	TELÉFONO:	3005927585
DIRECCIÓN:	C/2A BIS #53A-45	CELULAR:	3005927585
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 1022390176		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80.816.982		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 BOGOTÁ	



CE-006 - 0000000100 - 2024

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 1028622020
NOMBRES Y APELLIDOS	Tellez Verdugo, Violetta
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	20/05/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Tellez Velandia, Jesson Alexander, a los 08 días del mes de abril del año 2024.

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

• REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.622.020**
TELLEZ VERDUGO

APELLIDOS
VIOLETTA

NOMBRES
Violetta +

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-2013**
BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
16-MAY-2031

FECHA DE VENCIMIENTO
19-MAR-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
16-MAY-2013

A+ F
 GS RH SEXO

REGISTADOR NACIONAL
 ALEXANDER VERA RIOSA

INDICE DERECHO




P-1500150-01225250-F-1028622020-20210328 0073934348A 1 8501762743

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEBULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.390.176**

VERDUGO REYES

APELLIDOS

ELIANA JULIETH

NOMBRES

Eliana Verdugo Reyes
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **AB+** **F**

ESTATURA C S RH SEXO

03-FEB-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Angel Sanchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00364089-F-1022390176-20120305 0029404120A 1 38248518

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILENTA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Fr. Sebastian Guio Torres		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1123812301	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	20-08-2013	EDAD:	10 AÑOS
DIRECCIÓN:	Cr 51 # 38 A 53 Sur	BARRIO:	Muzú
TELÉFONO O CELULAR:	3188300044 - 3058144702		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☒ NO ☐ CUAL? <u>Asma</u>			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? <input type="text"/>
NUEVAS CIUDADANIAS:	<input type="text"/>		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Claudia Liliana	APELLIDOS:	Torres Rodriguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.431.616	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cr 51 # 38 A 53 Sur	CELULAR:	3188300044
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Fredy Saul	APELLIDOS:	Guio Camargo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79.138.091	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cr 51 # 38 A 53 Sur	CELULAR:	3058144702
FIRMA DEL ACUDIENTE:	<u>Claudia L Torres R.</u>		C.C. <u>52.431.616</u>
FIRMA DEL PROFESOR (A):	<u>Hugo A. Rubio H.</u>		C.C. <u>80.816.982</u>
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Claudia Liliana Torres R., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52431616 de Bogotá, domiciliado en la dirección C/ 51# 38 A 53 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Sebastian Guio identificado con la tarjeta de identidad No. 1123812301, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Salud Total del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes Abril de 2024.

Firma: Claudia Torres R.

Nombre: Claudia Liliana Torres C.C. 52431616

Bogotá, lunes 8 de abril de 2024

749
SaludTotal EPS

Señor (a): FREDY SAUL GUIO CAMARGO
CC. 79138091
CR 51 38A 53 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 9 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

Nombre	Documento	Tipo	Fecha Afiliación	Parentesco	Estado Afiliación
SEBASTIAN GUIO TORRES	1123812301	TI	2020-10-09	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.123.812.301
GUIO TORRES

APELLIDOS
SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2013
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO
20-AGO-2031

FECHA DE VENCIMIENTO
09-MAR-2021 MOSQUERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA POCHA



P-1516900-01222560-M-1123812301-20210317

0073780320A 1

8501683100

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 52.431.616
TORRES RODRIGUEZ
APELLIDOS
CLAUDIA LILIANA
NOMBRES

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1977

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO1.58 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO11-ABR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00155530-F-0052431618-20090504 0011191010A 1 1500034778

JOSE GONZALO TORRES MARTINEZ
KR 51 NO 38 A SUR 53
BOGOTÁ, D.C. - OSPANA PA.REZ



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

10 206 1984 / 074-547053

Para pagos y consultas, tu número de cliente es:

0167647-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 120823770-9

Cultura de legalidad Enel

Por mi familia, yo reporto el hurto de energía.

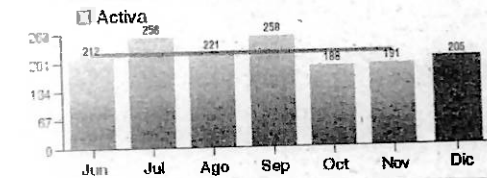
En Navidad, regala bienestar evitando este delito que causa cortocircuitos, incendios o electrocuciones y disfruta las fiestas con seguridad.

Elige un mejor día para reportando anónimamente al **601 514 0000**

o en el formulario digital en www.enel.com.co sección Hogares.



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$870,12

CONSUMO DIARIO:
6,21 kWh

VALOR DIARIO:
\$4.891

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES:
221 kWh

PERÍODO FACTURADO:
10 NOV/2023 A 12 DIC/2023

DÍAS FACTURADOS:
33

CONSUMO MES:
205 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
CATEGORÍA KW: 2,00
CATEGORÍA: 1
REPARTO: 10002102061984
RUTA LECTURA: 12102170015
MANZANA DE LECTURA: MS00440605
MEDIDOR NO: 074-547053
MEDIDOR NO: 074-547053

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTACTANOS

clientescolombiano@enel.com
 Chat de servicio en www.enel.com.co/pagos/personas/chat-de-servicio.html
 016 860 8008 (Zona Bot o paso Anaco)
 Enel Colombia @EnelClientesCO
 App Enel Clientes Colombia
 REGÍSTRATE GRATIS
 Zona privada de la página Web
 ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
 Bogotá, Sabana y Cundinamarca
 601 5 115 115
 EMERGENCIAS
 115 Gratuito las 24 horas
 DENUNCIAS
 601 5 894 894
denuncias@enel.com
 DEFENSOR DEL CLIENTE
<http://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html>
defensor@enel.com

USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Ubica la nevera apartada de fuentes de calor y alejada de la pared o muebles, a unos 15 cms.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco Internet Teléfono Banco Débito Automático Cálculo Electrónico Enel Clientes Colombia Botón de Pago Online Botón de Pago Bancolombia

Red Distributiva Centros de Servicio

Almacenes de Cadena
 CUMBO
 SPID

Billetera Virtual
 MOVIL
 Código QR

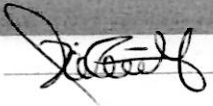
CONTEC
 etécol
 Royal
 RED CADE
 enel
 untopago
 MOVILIED

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV/2023 Tarifa aplicada Opción Tarifaria

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Jeronimo Caviedes Panche		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019914621	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	20-Abril-2017	EDAD:	6
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	BARRIO:	Carabela
TELÉFONO O CELULAR:	3203889555		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ULTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Rom: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Laura Stefania	APELLIDOS:	Panche Rubio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032434272	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	CELULAR:	3203889555
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Omar Fabian	APELLIDOS:	Caviedes Martinez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032428250	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 38A # 1-59	CELULAR:	3105582534
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 1032428250
FIRMA DEL PROFESOR (A):			C.C. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 BOGOTÁ	



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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) LAURA STEFANIA PANCHE RUBIANO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1032434272, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
NICOLAS CAVIEDES PANCHE	TJ - 1147488406	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131
JERONIMO CAVIEDES PANCHE	RC - 1019914621	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131
LAURA STEFANIA PANCHE RUBIANO	CC - 1032434272	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20240201 Hasta 20250131

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 7 días del mes de abril de 2024.

Observaciones:

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13171282



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **57435280**

NUIP **1010014021**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒	☐	☐	☐	☐	A 5 8

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
CAVIEDES		PANCHE	
Nombre(s)			
JERONIMO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2017	Mes ABR Día 20	MASCULINO	O POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			

Tip. de documento antecedente o Declaración de testigo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo **14049030-8**

Datos de madre o padre (Para casos de puérperas indígenas con línea indígena o parientes del mismo tipo, anotar el parentesco que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PANCHE RUBIANO LAURA STEFANIA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1032434272

Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos de padre o madre (Para casos de puérperas indígenas con línea mestizaje o parientes del mismo tipo, anotar el parentesco que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CAVIEDES MARTINEZ OMAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1032428250

Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAVIEDES MARTINEZ OMAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1032428250

Firma

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

Año **2017** Mes **ABR** Día **21**

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NOHORA EMILCE AGUIAR BECERRA (E)

Nombre y firma

Reconocimiento potestativo

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO
CUARENTA Y DOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.434.272

PANCHE RUBIANO

LAURA STEFANIA

1985

~~VALIDA~~

31-DIC-1989

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-ENE-2008 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Fecha: 10-ene-2008*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ALBERTO GARCIA Y TORRES

1800150-00569855-F-1032434272-20140401

003777948A 1 1242008111

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.428.250**

CAVIEDES MARTINEZ
APELLIDOS

OMAR FABIAN
NOMBRES

[Handwritten signature]

[Portrait photo of Omar Fabian Cavedes Martinez]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1989**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 **O+**
ESTATURA G.S. RH

14-ABR-2007 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

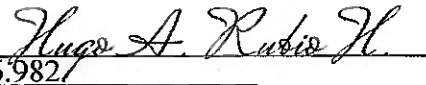
M
SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALAS VACHA

INICE DERECHO

[Barcode]

P-1500112-45180772-M-1032428250-20070626 00383 07177B 02 228138584

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Angelito Alfonso Collazos Villamil		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028892649	EPS:	Salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	02-03-2012	EDAD:	
DIRECCIÓN:	elle 2# 53 D-09	BARRIO:	Caracas
TELÉFONO O CELULAR:	3144275063		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI _____ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: _____	LGTBI: _____
ETNIA:	Afro: _____	Room: _____	Indígena: _____
	Gitano: _____		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI _____	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI _____	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS: _____			
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	ra del Pilar	APELLIDOS:	Villamil Tlender
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	51965887	TELÉFONO:	3144275063
DIRECCIÓN:	elle 2# 53 D-09	CELULAR:	3144275063
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Edgar Freddy	APELLIDOS:	Collazos Mora
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80433279	TELÉFONO:	3123834456
DIRECCIÓN:	tar 65 A # 40-71	CELULAR:	3123834456
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 51965887
FIRMA DEL PROFESOR (A):			C.C. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
 JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo M^{ra} del Pilar Villamil, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51965887 de Bta, domiciliado en la dirección c/c 2# 53D-09 P 2, actuando en calidad de acudiente del menor Angelo Celis identificado con la tarjeta de identidad No. 1028892649, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

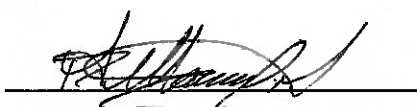
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS salud total del régimen subordinado.

Se firma en Bogotá a los 08 días del mes 04 de 2024.

Firma: 

Nombre: M^{ra} del Pilar Villamil c.c. 51965887



CERTIFICA

Que el (la) señor(a) COLLAZOS VILLAMIL ANGELO ALFONSO con documento de identidad T 1028892649, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Diciembre 1 de 2020.

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

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

Se expide el 12 de marzo del 2024 atendido la solicitud del interesado.

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S.A

Elaboró: Leidy Johana Lopez Villabon - Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.892.649
COLLAZOS VILLAMIL

APellidos
ANGELO ALFONSO

Nombre

Angelo



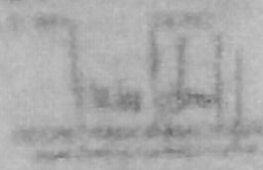
FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-2012
BOGOTÁ D.C.
(CONDENSAJUNCA)

FECHA DE VENCIMIENTO 02-MAR-2030

O+

M

FECHA DE VINCULAMIENTO 11-MAR-2019 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



SEAL OF THE STATE



EL ESTADO DE COLOMBIA NO GARANTIZA LA VERDAD

RECONOCIMIENTO

FECHA DE

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.965.887

VILLAMIL MENDEZ
APELLIDOS

MARIA DEL PILAR
NOMBRES



[Handwritten signature]



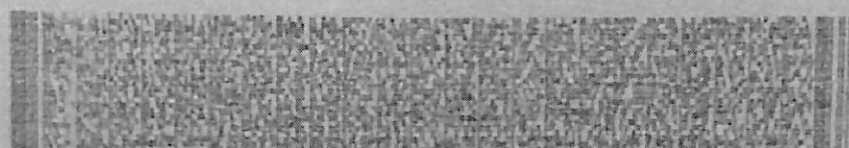
INDICE DERECHO

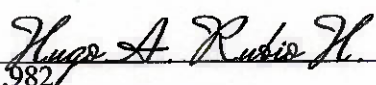
FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1969
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALBADEARIZ BERRAÑO LOPEZ



 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Anny Juliana Villamil Villamil		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1031158366	EPS:	Capital Salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	18 - Marzo 2013	EDAD:	11 Años
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	BARRIO:	Galán
TELÉFONO O CELULAR:	3133542344 - 3115189144		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Ledy Villamil	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	102293269	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3115189144
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Albeiro	APELLIDOS:	Villamil
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80127123	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3133542344
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Albeiro Villamil	c.c.	80127123
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80.816.982/		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Albeiro Villamil, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80127123 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 56# 23-54, actuando en calidad de acudiente del menor Anny, identificado con la tarjeta de identidad No. 1031158366, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Capital Salud del régimen Subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes abril de 2024.

Firma: Albeiro Villamil

Nombre: Albeiro Villamil c.c. 80127123



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	1031158366
NOMBRES	ANNY JULIANA
APELLIDOS	VILLAMIL VILLAMIL
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	19/08/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 04/08/2024 11:30:11 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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.031.158.366**
VILLAMIL VILLAMIL

APELLIDOS
ANNY JULIANA

NOMBRES
Anny Villamil

FIRMA

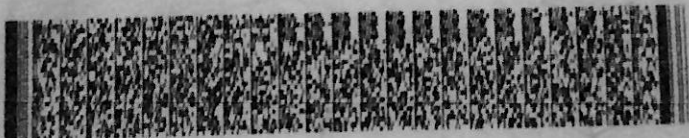


FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-MAR-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
09-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPIRACIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA RIVERA

INDICE DE PRECIO



P-1500150-01214813 F 1011158366-20210211 007341 #47A 1 8501470-W01

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80127123**

VILLAMIL
APELLIDOS

ALBEIRO
NOMBRES

Albeiro Villamil

FECHA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1982**

VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 **O+** **M**
ESTATURA - G.S. RH SEXO

19-JUN-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500115-47083552-M-0080127123-20010410 0395101094A 02 093209062

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Sergio Alejandro Villamil Villamil		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022422293	EPS:	capital salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	27 noviembre 2014	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	BARRIO:	Salón
TELÉFONO O CELULAR:	3115189144 - 3133542344		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS: _____			
INFORMACION FAMILIAR (Madre)			
NOMBRES:	Ledy Villamil	APELLIDOS:	Villamil
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022932601	TELÉFONO:	3115189144
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3115189144
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Albeiro Villamil	APELLIDOS:	Villamil
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80127123	TELÉFONO:	3133542344
DIRECCIÓN:	Cra 56 # 23-54	CELULAR:	3115189144
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Albeiro Villamil		c.c. 80.127.123
FIRMA DEL PROFESOR (A):	Hugo A. Rubio H.		c.c. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
		 	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Albeiro Villamil, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80127123 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 56 # 23-74, actuando en calidad de acudiente del menor Sergio, identificado con la tarjeta de identidad No. 1022422293, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Capital S del régimen Subordinado.

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes abril de 2024.

Firma: Albeiro Villamil

Nombre: Albeiro Villamil c.c. 80127123



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	1022422273
NOMBRES	SERGIO ALEJANDRO
APELLIDOS	VILLAMIL VILLAMIL
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	27/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:

04/08/2024 11:31:13

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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.022.422.273**
VILLAMIL VILLAMIL

APELLIDOS
SERGIO ALEJANDRO

NOMBRES

Sergio Villamil
FIRMA

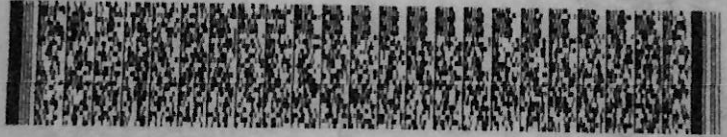


FECHA DE NACIMIENTO **27-NOV-2014**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-NOV-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
07-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ **M**
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROSA

INDICE DERECHO



P 1500150-01275955-M-102242273-2020112 0077794693A 1 8503777157

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80127123**

VILLAMIL
APELLIDOS

ALBEIRO
NOMBRES

Albeiro Villamil

FECHA




FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1982**

VERGARA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O+
G.B. RH

M
SEXO

19-JUN-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUDUE ESCOBAR

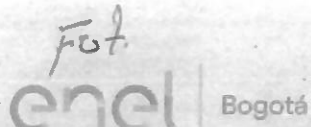


P-1500115-47083552-M-0080127123-20010410 **0395101094A 02 093209062**

47472

47472

18:55 - Página 1 de 2



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 800.063.875-3
Calle 83 No 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

LUIS A NIETO
KR 56 NO 2 B 54 AP 200
2 PISO
BOGOTÁ, D.C. - GALAN

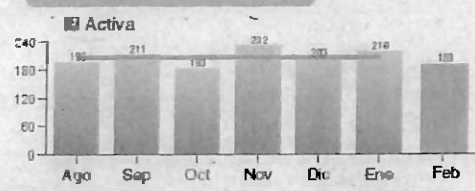
Pago 21 negu! kidy.

12 206 3044 / 075-208543



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$870,82

CONSUMO DIARIO:
7,00 kWh

VALOR DIARIO:
\$7,315

PERÍODO FACTURADO:
12 ENE/2024 A 13 FEB/2024

DÍAS FACTURADOS:
27

CONSUMO MES
199 kWh

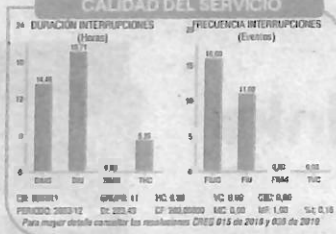
CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
207 kWh

¡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 kWh: 2.80
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10002122063044
RUTA LECTURA: 12122080555
MANZANA DE LECTURA: MS00430447
MEDIDOR NO: 075-208543
MEDIDOR NO: 075-208543

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Verifica el número de días facturados, puede variar cada mes afectando el valor mensual de tu factura.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajeros Electrónicos, APP Enel Clientes Colombia, Boleto de Pago Online, Billetera Virtual (MOVIL, HEQUI, tpage).

Corresponsales Bancarios: CONRED, reficli, Revól, TDOO, MOVIBDO, efecty.

Red Distrital: RED CADE, Almacenes de Cadena.

Centros de Servicio: enel.

Código QR

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: ENE/2024
G: \$371,221; D: \$255,58 CV: \$107,20 PR: \$71,24 R: \$0,76 CP: \$0,05 / \$870,82 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 2014 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por kWh. Somos suministradores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 2009.
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 impugnarla. Para mayor información comunicarse al (011) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 012 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes corresponsables según resolución No 8091 de 10 de diciembre de 2020.
Sobre el uso de suscripción personal el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previa a la suspensión del servicio.
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 de 1994.
En cumplimiento de la resolución CREG 015 de 2009, la cual modificó el Código de Medida, los establecimientos obligados, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se invita a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (011) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 012 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para facturas a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargado de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que preste los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 15 FEB/2024

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 0377154-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 120604278-8

¿Por qué puede variar el valor de tu factura?

- Las tarifas fluctúan por la CREG, debido a cambios del servicio público domiciliario.
- Puedes tener un alto consumo, o tarifas especiales por temporada.
- Un problema normal de facturación puede estar entre 27 y 31 días, este varía de acuerdo con la cantidad de días hábiles que hay en el mes.
- Puedes tener cambios de otros servicios, los encontramos detallados en tu factura.

Escanea aquí a escanear tu factura en www.enel.com.co

CONTACTANOS

clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/usuarios/personas/chat-de-atencion.html
115 890 8008 (línea Bot o paso Asesor)

Regístrate gratis
Toma fotos de tu página Web
App Enel Clientes Colombia

EMERGENCIAS AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito en 24 horas.

DEFENSA DEL CLIENTE
<https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html>
defensor@enel.com

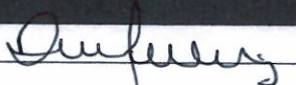
Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código

Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan. Puedes realizar tus donaciones en: [www.enelstore.com/col/es/seccion/Comparto mi energía](http://www.enelstore.com/col/es/seccion/Comparto%20mi%20energia)
Aporte sugerido: \$19.750

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



 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILETA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Jose Alfredo Bachiller Fernandez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.022.424.401	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	Feb. 17 / 2015	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 52-54	BARRIO:	Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR:	3112145791		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR (Madre)			
NOMBRES:	Diogo Marcela	APELLIDOS:	Fernandez Wassa
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.434.189	TELÉFONO:	3112145791
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 52-54	CELULAR:	3112145791
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Jose Alfredo	APELLIDOS:	Bachiller Bixon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	11.520.984	TELÉFONO:	3112141719
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 52-54	CELULAR:	3112141719
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 52.434.189		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80.816.982		
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Marcela Fierro N., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.434.108 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 1 # 52-54, actuando en calidad de acudiente del menor Jose A. Bachiller F. identificado con la tarjeta de identidad No. 1.022.424.401, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Comensa del régimen Simplificado.

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes Abril de 2024.

Firma: Diana M. Fierro N.

Nombre: Diana M. Fierro N. c.c. 52.434.108 BA



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOSE ALFREDO BACHILLER RINCON identificado(a) con Cedula Ciudadania 11520984, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa GWANLIJA SAS NIT 901489754, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210706	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Parent.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JOSE ALFREDO BACHILLER FERNANDEZ	HI	1022424401	TI	20180706	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Abril de 2.024

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
24749425

CER-AFI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.022.424.401**
BACHILLER FERNANDEZ

APELLIDOS
JOSE ALFREDO

NOMBRES
Jose Bachiller
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
17-FEB-2033

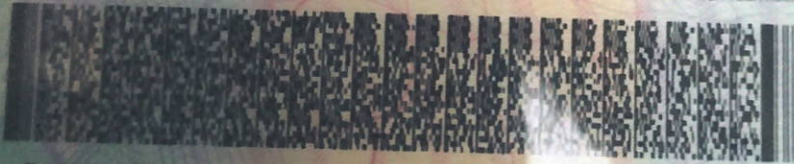
FECHA DE VENCIMIENTO **O+** **M**
G S RH SEXO

12-OCT-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

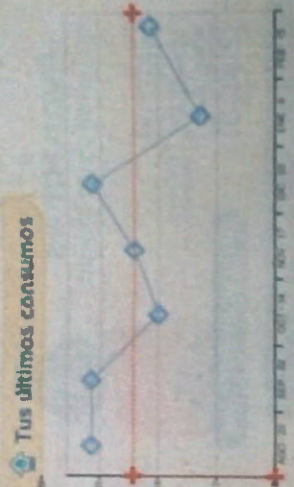
INDICE DERECHO

REGISTRO NACIONAL
ALEXANDER VELAZQUEZ



P-1500150-01323155-M-1022424401-20221013 0037451935A 1 8506001782





Conceptos facturados

Conceptos	Consumos Unidades (U)	Valor unitario (R)	PVA (C)	Subtotal Consumo x C
CONSUMO GAS	1543	2,394.50	0.00	35,917.50
FLUO	11UN	3,901.00	0.00	3,901.00
AJUSTE DECENA	11UN	1.50	0.00	1.50

1991 Datos de medición

Uso Residencial	Fecha	Letras	Estro/Cat. Tres	Edad de consumo	Tipo
	05 Ene. 2024			3154	REAL
	05 Feb. 2024			3173	REAL

Entre 01 y el 08 de Marzo

▲ Novedades de tu futuro

Date esperienza a una famiglia italiana realizzando un apporto volontario al
 corso gruppiardi.com
 telefonando al numero 5 53877

11. Revisión Periódica Obligatoria

Food & Nutrition Research

31 Oct. 2024

[illegible]

WATER AND SOIL RESOURCES OF THE PRAIRIE PROVINCES

Nov. \$2726 Dec. \$2351 Est. \$2226

© 1997 by The McGraw-Hill Companies

Compendium Vertriebs

[illegible]

(415) 770-9990 ext. 26025 (802) 606-5070 (900) 000-0000 ext. 3870



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILENTA O S. BARRIO JAZMIN		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ana Maria Sarmiento Angel		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013124596	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	27 de Diciembre 08	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	calle 19 C Sur # 53 A 79	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3182254733		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI ☐ NO ☒ CUAL? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GÉNERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐
	Gitano: ☐		
VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES:	Luz Andres Angel Diaz	APELLIDOS:	Angel Diaz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52216753	TELÉFONO:	3182254733
DIRECCIÓN:	calle 19 C Sur # 53 A 79	CELULAR:	3182254733

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	Rene Alejandro Sarmiento	APELLIDOS:	Sarmiento Guerrero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79752411	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	calle 19 C Sur # 53 A 79	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____

c.c. 52216753

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

c.c. 80.816.982

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Andres Angel Diaz, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52216753 de Bogotá, domiciliado en la dirección calle 19c sur # 53 A 79, actuando en calidad de acudiente del menor Ana Maria Sarmiento Ansel identificado con la tarjeta de identidad No. 1013124596, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Famisanar del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 16 días del mes Abril de 2024.

Firma: 

Nombre: Luz Andres Angel Diaz c.c. 52216753



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA MARIA SARMIENTO ANGEL identificado(a) con TI 1013124596 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de 19/01/2009
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 11 días del mes abril del 2024 .

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.124.596**

SARMIENTO ANGEL

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES

Ana Maria Sarmiento
FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **52.216.753**

ANGEL DIAZ

APELLIDOS
LUZ ANDREA

NOMBRES

[Signature]
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

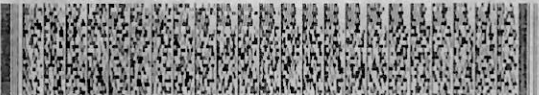
27-DIC-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
G S RH SEXO

21-SEP-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CAROL ALBA GARCIA

INDICE DERECHO



P-1500150-00851021-F-1013124596-20180927 0051458770A 1 1174111352



FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1977**

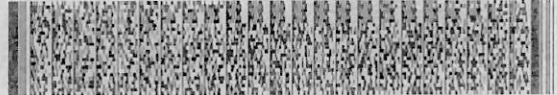
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 **O+** **F**
ESTATURA G S RH SEXO

25-NOV-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CAROL ALBA GARCIA

INDICE DERECHO



A-1500150-00390273-F-0052216753-20120907 0031039906A 2 1351935125



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.084-1



Escanea y paga la factura

Datos del usuario

INVERSIONES SANTA FE LTDA INVE
CL 19C SUR 53A 79

PUENTE ARANDA
PROVINCIA
NORTE

189

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

ZONA: 3 CICLO: E3 RUTA: E33167

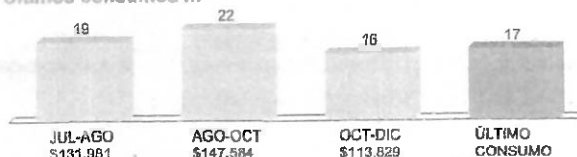
Datos del medidor

MARCA: FLODIS DE ACTARIS NÚMERO: A11S223937 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: 1/2"

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1317	CONSUMO (m³)	17
LECTURA ANTERIOR:	1300	PROMEDIO (m³)	19
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado

DIC/28/2023 - FEB/24/2024

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

10221157

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

11684859413

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Asco (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$225.580

Fecha de pago oportuno

MAR/26/2024

Fecha de suspensión

ABR/02/2024

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN

MAR/13/2024

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA

MAY/23/2024

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

Descripción	Cantidad	Costo		(-) Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total								
Acueducto											
Cargo fijo residencial	1	\$17.783,50	\$17.784	\$2.668-	\$15.115,97	\$15.116					
Consumo residencial básico	17	\$3.373,73	\$57.353	\$8.803-	\$2.867,67	\$48.750					
Consumo residencial superior a básico											
Cargo fijo no residencial											
Consumo no residencial (m3)											
Subtotal Acueducto ①			\$75.137	\$11.271-		\$63.866				\$2-	
Alcantarillado											
Cargo fijo residencial	1	\$8.452,87	\$8.453	\$1.268-	\$7.184,95	\$7.185					
Consumo residencial básico	17	\$3.604,88	\$61.283	\$8.192-	\$3.064,15	\$52.091					
Consumo residencial superior a básico											
Cargo fijo no residencial											
Consumo no residencial (m3)											
Subtotal Alcantarillado ②			\$69.738	\$10.460-		\$59.276					
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³						\$0					
Periodo actual											
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④						\$123.140					
CONSUMO MES							\$61.571				
CONSUMO DIA								\$2.087			

Sabías que...

los condones están hechos a base de látex, un material que no se disuelve fácilmente?

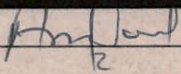
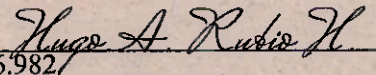
Tirarlos al inodoro puede obstruir las tuberías de tu casa y del sistema de alcantarillado de la ciudad.

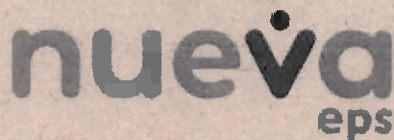


NO TIRES

el condón en el sanitario,
tíralo a la caneca



 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA				
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN			
DEPORTE:	TAE KWON DO			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILENTA O S. BARRIO JAZMIN			
INFORMACIÓN DEL ALUMNO				
NOMBRE COMPLETO:	Nikolai José Suárez Polido			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011251328	EPS:	Nueva	
FECHA DE NACIMIENTO:	11 Febrero / 2018	EDAD:	6 años	
DIRECCIÓN:	cl 2 C 39 - 03	BARRIO:	Barrio Cortes	
TELÉFONO O CELULAR:	3108804412			
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____				
INFORMACIÓN ADICIONAL Marque con una X donde corresponda				
GENERO:	Masculino: ☒	Femenino: ☐	LGTBI: ☐	
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indígena: ☐	
	Gitano: ☐			
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒		
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____	
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____			
INFORMACION FAMILIAR (Madre)				
NOMBRES:	Adriana Patricia	APELLIDOS:	Polido Garzon	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'903.134	TELÉFONO:	5651443	
DIRECCIÓN:	cl 2 C 39 - 03	CELULAR:	3108804412	
INFORMACION FAMILIAR (Padre)				
NOMBRES:	Juan Carlos	APELLIDOS:	Suárez Guepardo	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80'221.332	TELÉFONO:	5651443	
DIRECCIÓN:	cl 2 C 39 - 03	CELULAR:	3112620282	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 52'903.134			
FIRMA DEL PROFESOR (A):	 c.c. 80.816.982			
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad				
		 BOGOTÁ		



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NIKOLAI JOSE SUAREZ PULIDO identificado(a) con RC 1011251328 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/08/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS ALQUERIA
Categoría:	A

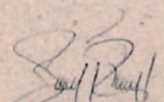
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes de abril del año 2024.

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
Nueva EPS S.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

793

NUIP

1011251328

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo

Serial 50577916

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaria ☒

Número

50

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 1 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

SUAREZ

PULIDO

Nombre(s)

NIKOLAI JOSE

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2018

Mes

FEB

Día

11

MASCULINO

O

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

14481925-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PULIDO BARZON ADRIANA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 52903134

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ BUEPENDO JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 80221332

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ BUEPENDO JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

C.C. 80221332

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

FEB

Día

14

GABRIEL URIBE ROLDAN

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

iHola!

CARMEN INES TORRES
CL 2C 39 3 01 - CARABELAS
BOGOTA

vanti✓

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5087196-15520

Lote: P12GN Ruta: 0011170111780005000 Código del Sector: 054

Cuenta o referencia de pago 60681891

vanti✓ Listo

Compra televisores, celulares, estufas,
motos, computadores y mucha más,
pagándolo a través de tu factura de gas.

Tu cupo de
crédito aprobado

\$ 4.900.000

064

0011170111780005000

P.12GN

13830

C1



**Súbete
Listo a tu
moto**

vanti✓ Listo

Compra tu moto con tu cupo Vanti Listo
y llévate un bono de gasolina
por **\$30.000***

Válido solo para compras
iguales o superiores a \$2.000.000

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

INVERSA
MOTOS

GSM
Grupo Experiencias

CARRERA
MOTOS

INNOVATION MOTOS

MUNDO DE
LA MOVILIDAD

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP, Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gas Natural del Cesar S.A. ESP. *Aplica solo para compras de motocicletas en establecimientos aliados. Consulta T&C de la campaña ingresando a <https://www.grupovanti.com/vantilisto/motos>. Vanti Listo es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción válida hasta el 22 de marzo de 2024 o hasta agotar existencias, se entregarán hasta 800 bonos de tanques de gasolina, redimibles por valor de \$30.000 cada uno.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica

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

Línea gratuita 01 8000 942 794

Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

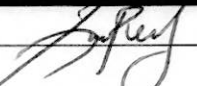
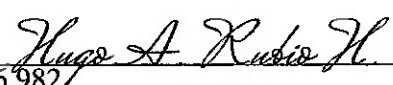
Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
<https://mi.grupovanti.com/>

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2380 de 2023.

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA		AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	SALON COMUNAL DEL BARRIO MILETA O SALON COMUNAL DEL BARRIO JAZMIN		
DEPORTE:	TAE KWON DO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	S. BARRIO MILENTA O S. BARRIO JAZMIN		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	Saia Estefany Rodriguez Uscach C		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	107554691	EPS:	Salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	10 Enero (2010) 2010	EDAD:	13
DIRECCIÓN:	Francisco de Paula 52 Apto 11 - Barrio		
TELÉFONO O CELULAR:	3004170670 - 3115946940		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI ☐ NO ☒ CUAL? _____			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: ☐	Femenino: ☒	LGTBI: ☐
ETNIA:	Afro: ☐	Room: ☐	Indigena: ☐
	Gitano: ☐		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI ☐	NO ☒	
DISCAPACIDAD:	SI ☐	NO ☒	CUAL? _____
NUEVAS CIUDADANIAS:	_____		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Sandra Uscach		APELLIDOS: Uscach Tren C.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	10358787	TELÉFONO:	3004170670
DIRECCIÓN:	Francisco de Paula 52 Apto 11 - 49		CELULAR: 3004170670
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:			APELLIDOS:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			TELÉFONO:
DIRECCIÓN:			CELULAR:
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 101358787
FIRMA DEL PROFESOR (A):			C.C. 80.816.982
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Sandra Patricia Osorio Tenca, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013581782 de Bogotá, domiciliado en la dirección Transversal 52 BIS # 1-79, actuando en calidad de acudiente del menor Sua Rodrigo identificado con la tarjeta de identidad No. 025544691, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS salud total del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 09 días del mes Abil de 2024.

Firma: [Firma]

Nombre: Sandra Patricia Osorio Tenca c.c. 1013581782

SaludTotal

BOGOTÁ, Abril 9 de 2024

Señora:
 USECHE FRANCO SANDRA PATRICIA
 CC. 1013587282
 TRASVERSAL 52 AV 1 49 - 0
 Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 15 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
USECHE FRANCO SANDRA PATRICIA	1013587282	C	Ene-15-2010	405	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ USECHE SARA ESTEFANY	1025544691	T	Jul-19-2010	388	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACCION SAS	1013587282	Dependiente	CERRADO
ACCION SAS	1013587282	Dependiente	CERRADO
ACCION SAS	1013587282	Dependiente	CERRADO
HACES INVERSIONES Y SERVICIOS S A	1013587282	Dependiente	VIGENTE
PINZON HERNANDEZ VICTOR MANUEL	1013587282	Dependiente	CERRADO
SALUD MEDICAL PLUS IPS SAS	1013587282	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
SANDRA PATRICIA USECHE FRANCO	1013587282	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SANDRA PATRICIA USECHE FRANCO	1013587282	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
 SALUD TOTAL EPS S.A.
 Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.025.544.691**

APELLIDOS **RODRIGUEZ USECHE**

NOMBRES **SARA ESTEFANY**

sara Estefany
 FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-2010**

BOGOTA D.C.
 (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUN-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

15-JUN-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
 G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 JEAN CARLOS GALINDO VACA

F 1500150-01115733-F-1025544691-20191127 0069092135A 2 9910828252

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.013.587.282**

USECHE FRANCO

APELLIDOS
SANDRA PATRICIA

NOMBRES

Sandra Franco
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1987**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-MAY-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALAS VACA



A-1500150-01108375-F-1013587282-20181107 0068777618A 1 9910671247