

En Mi

vanti

en línea

hazlo tú mismo

inscríbete para tener tu factura de manera digital

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

Escanea este QR

mi.grupovanti.com

Avanzar es descomplicarte la vida.

- 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/

Recordatorio que debes pagar las facturas de tu servicio de agua en línea

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA

Corresponsales Scotiabank

Corresponsales Grupo Aval

Atención telefónica

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 mejorar tu día

iHola!

ENRIQUE USECHE

TV 52A BIS 1 49 02 - EL SOL

BOGOTÁ

000000

Lote: P03GN Huia: 0011170221870005100 Código del Sector: 055

Cuenta o referencia de pago 60721283

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5137183-451909

Tu cupo de crédito aprobado

\$ 4.900.000

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

vanti

Subete Listo a tu moto

Compra tu moto con tu cupo Vanti Listo 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

CARRERA MOTOS

CSM

INNOVATIONMOTOS

Publicidad a cargo de Vanti 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/vanti/moto>. Vanti Listo es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción válida hasta el 31 de marzo de 2024 o hasta agotar existencias, se entregará 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 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) 497 8112

Buenaventura (607) 635 4755

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea

<https://mi.vanti.com>

 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:	David Pedrera Sánchez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034304785	EPS:	Santitas
FECHA DE NACIMIENTO:	19 de Febrero 2014	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Carretera 35 km 185	BARRIO:	Bolívia Central
TELÉFONO O CELULAR:			
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:	Jennifer Cristina	APELLIDOS:	Sánchez Reyes
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	38.364.534	TELÉFONO:	3125660330
DIRECCIÓN:	Carretera 35 km 185	CELULAR:	
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Diego Martín	APELLIDOS:	Pedrera Serrano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80.816.982	TELÉFONO:	3125640981
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	JENNIFER SANCHEZ c.c. 38.364.534		
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			
 ALCALDÍA MUNICIPAL LOCAL DE PUENTE ARANDA		  BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jennifer Sanchez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 38.364.134 de Ibagué, domiciliado en la dirección Carrera 35 y 1405, actuando en calidad de acudiente del menor David Pedraza identificado con la tarjeta de identidad No. 1034304405, 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 _____ días del mes abril de 2024.

Firma: Jennifer Sanchez

Nombre: Jennifer Sanchez C.C. 38.364.134



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 1034304785
NOMBRES Y APELLIDOS	Pedraza Sanchez, David
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	20/02/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pedraza Serrano, Diego Martin, a los 14 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

NÚMERO **1.034.304.785**

PEDRAZA SANCHEZ

APELLIDOS
DAVID

NOMBRES

David pedraza
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-2014**

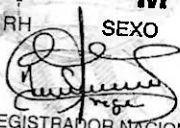
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
19-FEB-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
26-MAR-2021

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN **BOGOTA D.C.**

O+ **M**
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01225250-M-1034304785-20210329 0073934809A 1 8501804152

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
38364534
NUMERO

SANCHEZ REYES
APELLIDOS

JENNIFER CRISTINA
NOMBRES

JENNIFER SANCHEZ
FIRMA



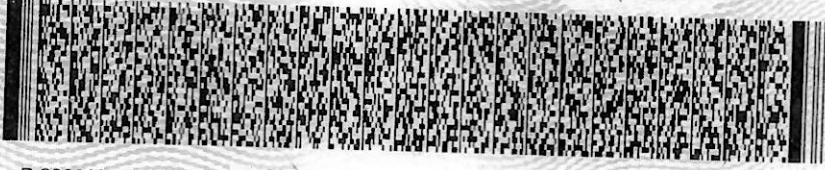
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1984**
HONDA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **O-** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-AGO-2002 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-2900100-63108901-F-0038364534-20021210 0496502344B 01 133732653
REGISTRADORA NACIONAL ESTADO CIVIL



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

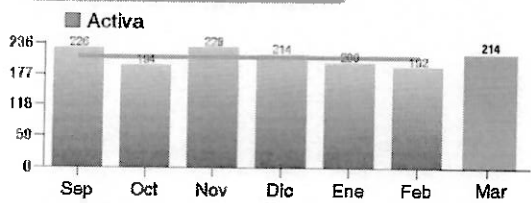
CLIENTE

ANATILDE BARBOSA
KR 35 NO 01 F 85 PI 4
FACHADA
BOGOTÁ, D.C. - BOCHICA



15 208 1515 / 075-27864

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh APLICADO
\$682,37

CONSUMO DIARIO:
7,38 kWh

VALOR DIARIO:
\$5.784

PERÍODO FACTURADO:
17 FEB/2024 A 16 MAR/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES
214 kWh

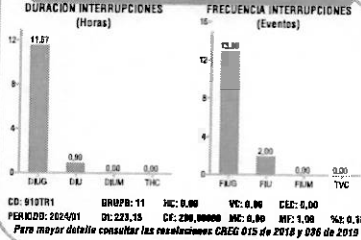
CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
209 kWh

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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA kW: 3.00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10002152081515
RUTA LECTURA: 12152140094
MANZANA DE LECTURA: MS00421120
MEDIDOR NO: 075-27864
MEDIDOR NO: 075-27864

CALIDAD DEL SERVICIO



USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

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

Corresponsales Bancarios: CONRED, redcell, Revól, RED CADE, enel, Almacenes de Cadena, JUMBO, Almacenes, MOVIED, puntas, electy.

Red Distrital, Centros de Servicio, Código QR.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: FEB/2024
G: \$372,72 T: \$49,20 D: \$253,04 CV: \$106,74 PR: \$70,96 R: \$9,72 CF: \$0,00 / \$682,37 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorizados según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999. Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (001) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020. "Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio". Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 0156/11 consultar www.enel.com.co IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página www.enel.com.co o comunicarse a la línea (001) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos 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 prestan 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: 19 MAR/2024

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

4169734-1

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 133582260-9

Zona Privada Enel.

Regístrate en la Zona Privada de la web o en la App Enel.

Al registrarte podrás realizar trámites en línea como:

- Descargar y pagar tu factura
- Reportar fallas en el servicio o alumbrado público
- Generar convenios de pago y muchas otras solicitudes.

Escanea y regístrate:

O descarga nuestra App Enel Clientes Colombia



CONTÁCTANOS

clientescolombia@enel.com
Chat de servicio en www.enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
318 890 6003 (Elena Sol o peso Asesor)

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



ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas.

DENUNCIAS
601 5 894 394
denuncias@enel.com

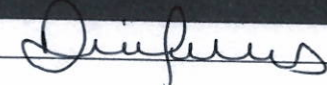
DEFENSOR DEL CLIENTE
<https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html>
defensor@enel.com

Regístrate a Conecta.

Recibe beneficios como puntos, bonos a tu factura, descuentos, bonos y más.

Regístrate aquí:



 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:	Juan Jose Bachilei Fernandez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.028.723.242	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	Feb 18 2013	EDAD:	11 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? <u>Dmitis</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 CIUDADANÍAS:	<input type="text"/>		
INFORMACION FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Diana Marcela	APELLIDOS:	Fernandez Noso
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.434.188	TELÉFONO:	3112145791
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 52-54	CELULAR:	3112145791
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Jose Alfredo	APELLIDOS:	Bachilei Rincon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.520.984	TELÉFONO:	3112141719
DIRECCIÓN:	Calle 1 # 52-54	CELULAR:	3112141719
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 52.434.188		
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 Fernandez N., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.434.188 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 1 # 52-54, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Escobedo F. identificado con la tarjeta de identidad No. 1.028.713.242, 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 Comosa del régimen Simplificado.

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

Firma: Diana Fernandez N.

Nombre: Diana Fernandez N c.c. 52.434.188



**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
JUAN JOSE BACHILLER FERNANDEZ	HI	1028723242	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
24749435

CER-AFI

VERIFICADO
VIGILADO SuperSubsidio

VIGILADO SuperSubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.723.242**
BACHILLER FERNANDEZ

APELLIDOS
JUAN JOSE

NOMBRES
Juan Bachiller

FIRMA



18-FEB-2013

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
18-FEB-2031

FECHA DE VENCIMIENTO
29-OCT-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**

G S RH SEXO


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01274478-M-1028723242-20220102 0077833257A 3 8503280881

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos: FERNANDEZ NOSSA

Nombre(s): DIANA MARCELA

Nacionalidad: COL **Estatura:** 1.63 **Sexo:** F

Fecha de nacimiento: 12 MAYO 1977 **Q.S.:** A+

Lugar de nacimiento: BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición: 19 SEPT 1995, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración: 28 DIC 2032

Firma: [Firma manuscrita]

013864101

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013864101215001<<<<<<<<<
7705120F3212286COL52434188<<<8
FERNANDEZ<NOSSA<<DIANA<MARCELA

Cuenta o referencia de pago
Febrero 2024
60655070

Febrero 2024

60655070

📅 Fechas importantes:

1

Pago oportuno
20 Feb. 2024

Fecha de superación
21 Feb. 2024

Período facturado
Ene. - Feb. 2024

4
Emisión de
tu factura
07 Feb. 2024

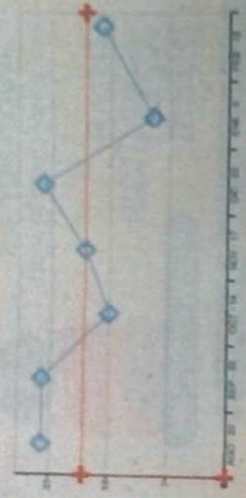
Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidades (U)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	1843	2.394,50	0,00	35.917,50
FUELO	11UN	3.901,00	0,00	3.901,00
AJUSTE DECENA	1UN	1,50	0,00	1,50

\$53,870,00



 Tus últimos contenidos



■ Datos de medición

Uso Residencial	Fecha	Lectura	EnteroCm.Tres	Clas de consumo
05 Ene 2024		3154		REAL
05 Feb 2024		3173		REAL

m³ corrigido= 3173 · 3154 Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Marzo

▲ Novedades de tu factura

Daño asegurado a una familia totalitaria mediante un agente voluntario en www.grupovital.com, valor asegurado \$ 5207

Revisión Periódica Obligatoria

Fecha próxima revisión

31 Oct 2024

La vendita di biglietti da concerto in un tempo ristretto è
dalla vendita di un solo album musicale (CD) da 2011.

(1) H_2O and H_2O_2 are not present in the system.

Nov. 12/26 Dec. 12/26 12/26

Trabalho realizado com o Conselho de Regulação da Indústria e Comércio - CRIAC.

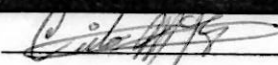
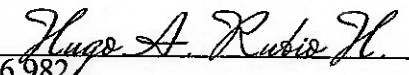
Components verification

On 10/2/95	To	779.34	200 1000 00
By 10/10	Cash	47.00	1000 1000 00
Cash	47.00	1000 1000 00	



(415) 770-9998 026025 (8020) 606550 7013900 100000000053876

214

 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:	Kevin Moreno Martinez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1029146552	EPS:	Aliansalud
FECHA DE NACIMIENTO:	8-sept-2008	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	cr 40 #37-43 sur	BARRIO:	Sta Rita
TELÉFONO O CELULAR:	3772429032		
SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS. SI <u>X</u> NO <u> </u> CUAL? <u>Asmatico</u>			
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Marque con una X donde corresponda			
GENERO:	Masculino: <u>X</u>	Femenino: <u> </u>	LGTBI: <u> </u>
ETNIA:	Afro: <u> </u>	Room: <u> </u>	Indigena: <u> </u>
	Gitano: <u> </u>		
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:	SI <u> </u>	NO <u>X</u>	
DISCAPACIDAD:	SI <u> </u>	NO <u> </u>	CUAL? <u>TOAH</u>
NUEVAS CIUDADANIAS: <u> </u>			
INFORMACIÓN FAMILIAR			
(Madre)			
NOMBRES:	Cielo Rocío	APELLIDOS:	Martinez Forero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	51899853	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cr 40 #37-43 sur	CELULAR:	3772429032
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	C.C. 51899853		
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 participé de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Cielo Rocío Martínez Forero, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51899853 de Bogotá, domiciliado en la dirección cr 40 #37-43 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Kevin Moreno identificado con la tarjeta de identidad No. 1029146 52, 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.

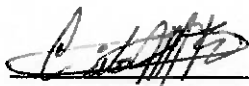
En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños 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 Aliansalud del régimen subsidiado.

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

Firma:



Nombre:

Cielo Rocío Martínez

c.c. 51899853



ALIANSSALUD

830.113.831-0
CERTIFICA :

ANTIGÜEDAD Y SEMANAS COTIZADAS P.O.S.

Que el señor(a) CIELO ROCIO MARTINEZ FORERO identificado con CC N° 51899853 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (P.O.S.) con el contrato N° F238193171988CC0051899853, con vigencia desde: 28/02/2000 hasta 31/12/2050.

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

NB	Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Semanas cotizadas	Fecha de Afiliación	Fecha de Vencimiento	Estado	Cotiza
5	TI 1029146552	KEVIN MORENO MARTINEZ	15	702	09/09/2008		Vigente	No

Se expide en BOGOTA el día jueves, 08 de febrero de 2024

Firma Autorizada
Oficina 281 ALIANSSALUD PLAZA CENTRAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.029.146.552**

MORENO MARTINEZ
APELLIDOS

KEVIN
NOMBRES

Kevin Moreno
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

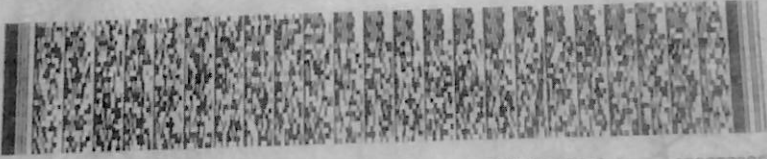
08-SEP-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

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

O+ **M**
G S RH SEXO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00756983-M-1029146552-20151021 0047104416A 1 1293632850

3
219

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.899.853**

MARTINEZ FORERO

APELLIDOS

CIELO ROCIO

NOMBRES

Carlos Forero Martinez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1967**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

01-SEP-1986 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

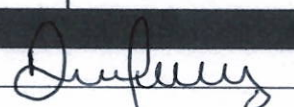
Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00255608-F-0051899853-20100915

0023966243A 1

1160948984

 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:	Mauricio Bachiller Fernandez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1-028 620 359	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	Dic. 11 2010	EDAD:	13 años
DIRECCIÓN:	Calle 1 #52-54	BARRIO:	Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR:	3112445791		
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:	Diana Margela	APELLIDOS:	Fernanda Nasso
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.434.193	TELÉFONO:	311 2145791
DIRECCIÓN:	Calle 1 #52-54	CELULAR:	311 214 5791
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Jose Alfredo	APELLIDOS:	Bachiller Rincon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	311 2141719
DIRECCIÓN:		CELULAR:	311 2141719
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 52.434.193
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 Dionio Mario Fernandez W, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52434198 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle # 52-54, actuando en calidad de acudiente del menor Mario Pachita F identificado con la tarjeta de identidad No. 1-028 670359, 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 Comfesor del régimen Omnifacato.

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

Firma:

Dionio

Nombre:

Dionio Fernandez

c.c. 52 434 198 BH



**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
MARIANA BACHILLER FERNANDEZ	HI	1028620359	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
24749444

CER-AFI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.620.359**
BACHILLER FERNANDEZ

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES
Mariana

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

11-DIC-2028

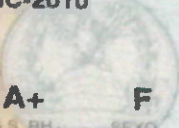
FECHA DE VENCIMIENTO

05-JUL-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01020947-F-1028620359-20180710 0061841719A 1 1635034041

Febrero 2024

Febbrero 2024

60655070

Fechas importantes

1

Pago oportuno
20 Feb. 2024

2 Fecha de suspensión
21 Feb. 2024

Periodo
Voturno
Ene. - Feb. 2024

4 Emisión de tu factura 07 Feb. 2024

Conceptos facturados

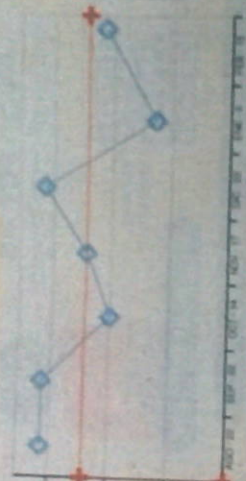
1

Consumo Gas Flujo Ajuste Decena	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
	15M3	2.394,50	0,00	35.917,50
	11UN	3.901,00	0,00	3.901,00
	11UN	1,50	0,00	1,50

[illegible]

Paga por

Tus últimos consumos



Datos de medición

Residencial	Fecha	Lectura	Consumo
03 Ene. 2024	3154	REAL	
05 Feb. 2024	3173	REAL	

m³ corrigido= 3173 · 3154 Factor de corrección = 15

Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Marzo

Novedades de tu factura

Per informazioni e una formula personalizzata rivolgetevi al vostro agente di fiducia o al numero verde 800 500 500.

11. Revisión Periódica Obligatoria

fecha próxima revisión
31 Oct. 2024

is available as a free download, serving as an important addition to the evidence on the effects of the 2008 stimulus package. *Journal of Applied Econometrics* 2012, 27, 1–22.

Nov. \$2295 Dec. \$2351 Est. \$2225

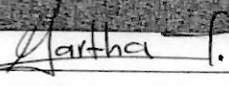
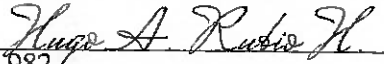
Compartimentos van Marolles

Gen	MSL 25	Sex	179.54	Sex	MSL 25	Gen	MSL 25
W	10.00	Gen	0.0	Gen	MSL 25	W	10.00
Gen	0.0	Sex	MSL 25	Sex	0.0	Gen	MSL 25



415)7709998026025(8020)60655070(3900)0000000053870

227

 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:	Nathans Saavedra Torres		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022335350	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	03.06.2011	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	Tmv 52C 1B 86	BARRIO:	Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR:	3212886089		
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:	Martha Liliana	APELLIDOS:	Torres Prieto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022335356	TELÉFONO:	3212886089
DIRECCIÓN:	Tmv 52C 1B 86	CELULAR:	3212886089
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Edgely William	APELLIDOS:	Saavedra Torres
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80735976	TELÉFONO:	3168817397
DIRECCIÓN:	Kr 73 AA 40C Sur 96 IN 59	CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 1022335356
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 Liliana Torres Prieto, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022335356 de Bogotá, domiciliado en la dirección Tw 52C 1B 86, actuando en calidad de acudiente del menor Mathias Sacubara identificado con la tarjeta de identidad No. 1013135350, 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 17 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Martha L.

Nombre: Martha L. Torres Prieto

c.c. 1022335356



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	1013135350
NOMBRES	MATHIAS
APELLIDOS	SAAVEDRA TORRES
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	03/06/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/17/2024 11:42:42	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**,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.135.350**

SAAVEDRA TORRES

APELLIDOS

MATHIAS

NOMBRES

Mathias Saavedra Torres

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-2011**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

03-JUN-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

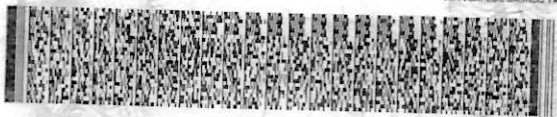
08-FEB-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1500150-01067352-M-1013135360-20190315 0064893956A 1 1555341069

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.335.356

TORRES PRIETO
APELLIDOS

MARTHA LILIANA
NOMBRES

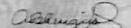


FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

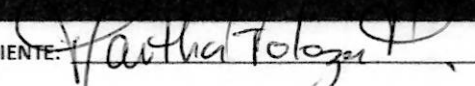
05-AGO-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



REGISTRADORA NACIONAL
ALVARO ESTEBAN PENSILLOPEZ



P-1500116-45141272-F-1022335356-20051221 0680805355A 02 202507923

 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:	Noa Luciana Garcia Florez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.019.910.002	EPS:	sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	30 Agosto 2014	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	diagonal 16 sur 52-08	BARRIO:	La Ponderosa
TELÉFONO O CELULAR:	311-211765-301-2555574		
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:	Tania Andrea	APELLIDOS:	Florez Tolosa
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53.108.355	TELÉFONO:	301-2555574
DIRECCIÓN:	diagonal 16 sur 52-08	CELULAR:	301-2555574
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	Martha Guenier	APELLIDOS:	Tolosa Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	63.321.108	TELÉFONO:	311 211 1765
DIRECCIÓN:	diagonal 16 sur 52-08	CELULAR:	311 211 1765
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 633211.08.		
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			
 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

yo Paola Andrea Flórez Tolosa identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53108355 de Bogotá, domiciliado en la dirección diagonal 16 sur # 52-08, actuando en calidad de acudiente del menor Noa García Flórez identificado con la tarjeta de identidad No. 1.019.910.002, 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 17 días del mes Abril de 2024.

Firma: Paola Flórez Tolosa

Nombre: Paola Flórez Tolosa c.c. 53108355



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 1019910002
NOMBRES Y APELLIDOS	Garcia Florez, Noa Luciana
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Florez Toloza, Paola Andrea, a los 12 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

NÚMERO 1.019.910.002

GARCIA FLOREZ

APELLIDOS

NOA LUCIANA

NOMBRES

Noa Luciana

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-2014

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-AGO-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

15-SEP-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01255604-F-1019910002-20210915

0075610478A 1

8502910151

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.321.108**

APELLIDOS **TOLOZA HERNANDEZ**

NOMBRES **MARTHA EUGENIA**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BUCARAMANGA
(SANTANDER)

23-ENE-1965

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

12-DIC-1983 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMASEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45124142-F-0063321108-20040823

02917 04233C 02 153657420



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
CALLE 100 N° 100-0000000

**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:	NAHUEL TUNJO RIANO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014196700	EPS:	SANITAS
FECHA DE NACIMIENTO:	14/02/2015	EDAD:	9 AÑOS
DIRECCIÓN:	CARRERA 67 A 4 D 54	BARRIO:	
TELÉFONO O CELULAR:	3135740260		

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:	JENNY PAOLA	APELLIDOS:	RIANO GARCIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014196700	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CARRERA 67 A 4 D 54	CELULAR:	3135740260

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	JORGE HERNANDO	APELLIDOS:	TUNJO GORDILLO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79991524	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CARRERA 67 A 4 D 54	CELULAR:	3214602245

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1014196700 BTA

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 Jenny Riano García, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1014196700 de Bta, domiciliado en la dirección C/ 67 a 4d 54, actuando en calidad de acudiente del menor Nahuel Tuyo Riano identificado con la tarjeta de identidad No. 1023167978, 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 Santa's del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 6 días del mes mayo de 2024.

Firma:

Nombre:

Jenny Riano García

c.c. 1014196700 Bta

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Nahuel Tunjo Riaño, identificado(a) con TI número 1023167978, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1023167978
NOMBRES Y APELLIDOS	Nahuel Tunjo Riaño
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	14/02/2015
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	128 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	26 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

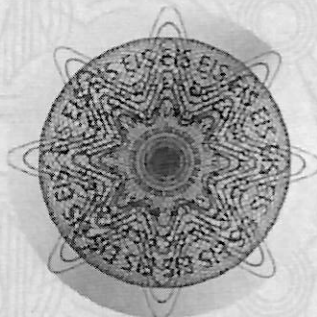
CONTRASEÑA



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

1.023.167.978



APELLIDOS / NOMBRES

TUNJO RIAÑO

NAHUEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

14-FEB-2015

BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN

04-MAR-2022

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - ENGATIVA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - ENGATIVA 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 04-SEP-2022**

**8504283841
04-MAR-2022**

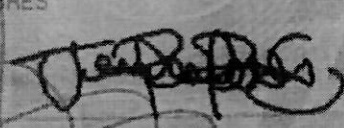
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.014.196.700**

RIAÑO GARCIA

APELLIDOS
JENNY PAOLA

NOMBRES


 FIRMA





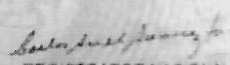
FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1988**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

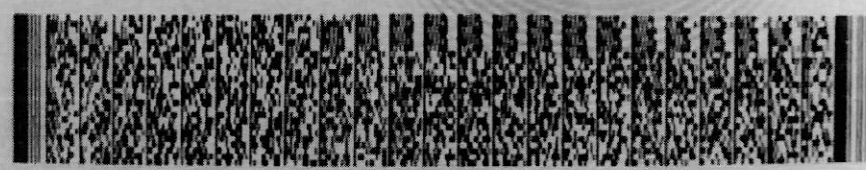
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-DIC-2006 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00201804-F-1014196700-20091204 0018670055A 1 1290330642



El nuevo código QR, diligencia 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
- Paga tus pagos



Escanea este QR

mi.grupovanti.com

¡Estamos renovando nuestra factura haciéndola más fácil para ti. Esperala pronto.

digital Vanti

Accede a nuestra página web
vanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Escanea para pagar tu factura



*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

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

Presenciales

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Suñamieris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

energética

El gas natural es el combustible más limpio y eficiente que existe. Contribuye a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del calentamiento global.

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



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

¡Hola!

OSCAR ANDRES SANABRIA
KR 67A 4D 54 00502 - TRINIDAD
BOGOTÁ
000000

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

Medidor Gas No. 5007714-966302

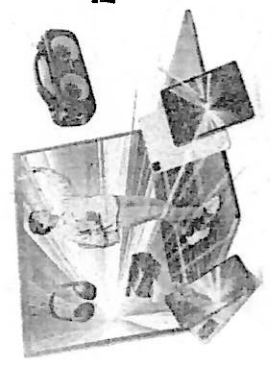
Lote: P08GN Ruta: 0011160041311005900 Código del Sector: 048

Cuenta o referencia de pago 62505716

vanti
Listo

Tu cupo de crédito aprobado
\$ 3.828.000

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



vanti
Listo
¡Regresa a clase!

Comprando tu computador, tablet o celular
con el cupo **Vanti Listo** que ya tienes aprobado.

Paga a cuotas a través de la factura de gas

Cómpralos en **grupovanti.com** y en nuestras tiendas aliadas

vanti
tienda virtual

flamingo
ALQUILA AUTOMÁTICA
KRONIX
Almora

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

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

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.



**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 Jacob Rubiano Franco		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.T. 1028951341	EPS:	Santa
FECHA DE NACIMIENTO:	05-01-2014	EDAD:	10
DIRECCIÓN:	Cra 31 D + 1-14	BARRIO:	Santa Matilde
TELÉFONO O CELULAR:	3222724025		

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:	Cynthia Alejandra	APELLIDOS:	Franco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1018419893	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CRA 31 D + 1-14	CELULAR:	3222724025

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	Camilo Rubiano	APELLIDOS:	Rubiano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	809039-11	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CRA 31 D + 1-14	CELULAR:	305 3858507

FIRMA DEL ACUDIENTE: [Firma] C.C. 1018419893

FIRMA DEL PROFESOR (A): [Firma]

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 Cinthya Alejandra Franco P. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1018419893 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 310 # 1-14, actuando en calidad de acudiente del menor Nicolas Jacob Babilano identificado con la tarjeta de identidad No. 1028951341, 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 15 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre:

Cinthya Alejandra Franco c.c. 1018419893-84



CE-006 - 0000000100 – 2022

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 1028951341
NOMBRES Y APELLIDOS	Rubiano Franco, Nicolas Jacob
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rubiano Olaya, Cristian Camilo, a los 15 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.689.349**
FRANCO RODRIGUEZ
APELLIDOS
MARIA ISABEL
NOMBRES


FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.951.341**
RUBIANO FRANCO
APELLIDOS
NICOLAS JACOB
NOMBRES

Nicolas
FIRMA



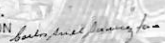


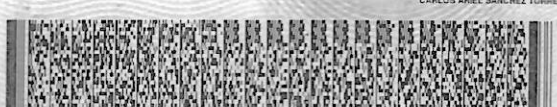
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1963**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-AGO-1981 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00146040-F-0051689349-20090108 0009378752A 1 1520002416



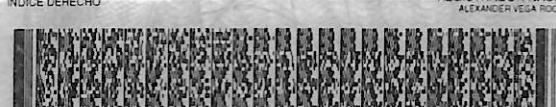
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-2014**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

05-ENE-2032 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

16-NOV-2021 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01273886-M-1028951341-20211227 0077556781A 3 8503412456

 FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS INTEGRALES 2024 LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA			
PROFESOR:	Hugo Rubio	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Ponderosa		
DEPORTE:	Taekwondo		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Ponderosa		
INFORMACIÓN DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:	MARIA ANA NOBUERA LEON		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011329702	EPS:	COMPENSAR
FECHA DE NACIMIENTO:	24/03/2017	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	CL 2B # 41A-42	BARRIO:	EL JAZMIN
TELÉFONO O CELULAR:	3145953856		
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:	KAREN PAOLA	APELLIDOS:	LEON RIVAS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013639267	TELÉFONO:	310 7712139
DIRECCIÓN:	CL 2B # 41A 42	CELULAR:	310 7712139
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE: <u>PAOLA LEON</u> C.C. <u>1013639267</u>			
FIRMA DEL PROFESOR (A): <u>[Firma]</u> C.C. <u>30 916 9912</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			
		 BOGOTÁ	

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Adriana Rivas R, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52425941 de Bogotá, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor Mariana Moguera identificado con la tarjeta de identidad No. 1011329702, 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 _____.

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

Firma: Adriana Rivas

Nombre: Adriana Rivas

C.C. 52425941



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

NUIP	1011329702
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Introduction

56053416

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registradora ☐	Notario ☒	Número <input type="text" value="62"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Expediente de Puntos ☐	Código	1	0	72
País = <u>Colombia</u> - Municipio = <u>Chimbo</u> - Corregimiento más inmediato de Puntos									
<u>COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.</u>									

Datos del Inscrito									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
NOGUERA					LEON				
MARIANA									
Fecha de inscripción									
Año 2017 Mes MAR De 24									
Elegido por					Grupo asignado		Puntaje del		
FENENINO					II		POSITIVO		
Lugar de inscripción (Código - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Insurgente)									
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ									

Tipo de documento apresentado e Representação do selo		Matrícula apresentada do modelo 1990
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - -		1404404-9

Datos de la madre		Apellidos y nombres completos	
LEON RIVAS KAREN PAOLA			
Documento de identificación (Cédula y número)		Especialidad	
CC 1013639267 de BOGOTÁ D.C.		COLOMBIANA	

Datos del padre		Apellidos y nombres completos	
NOGUERA OSDRIO JURGENS AYL DAVID			
Documento de identificación (C.C. y cédulas)		Municipio	
CC 1013672175 de BOGOTÁ D.C.		COLOMBIANO	

Datos del declarante
 NOGUERA OSORIO JURGENS AXEL DAVID
 Documento de identificación (Cédula y pasaporte)
 CC 1013672175 de BOGOTÁ D.C.

Datos primer testigo

Aparición y desaparición de la víctima

Desaparición de la víctima (Código y número)

Cuentas segundo período

Depositos y transferencias recibidos

(Resumen de actividades) (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2017 Mes ABR Día 16

COLOMBIA

CAROLINA TURRI

Reconhecimento paterno	Nome completo do filho: CARLOS ARTUR GERRATO GACAND
1	Assinatura do filho: [Assinatura]
Perna	

DATE RECEIVED BY BUREAU OF THE ARMY CORPS OF ENGINEERS ON 07/26/81 BY J. L. WILSON

**CONTROLADO &
REGISTRO CIVIL:**

OPINIA PER LA CRISTINA DI MONTECINO.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.013.639.267

APELLIDOS
LEON RIVAS

NOMBRES
KAREN PAOLA



Karen Paola Leon Rivas

13-MAR-1993

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

25-MAR-2011 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DE DERECHO



Karen Paola Leon Rivas

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00295198-F-1013639267-20110420 0028761971A 1 36441133



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) KAREN PAOLA LEON RIVAS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013639267, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa DIRECC SECC RAMA JUDICIAL SANTAFE DE BOGOTA CUNDINAMARCA NIT 800165862, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230603	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIANA NOGUERA LEON	HI	1011329702	RC	20200701	No Registrada	Activo

El presente certificado se extiende 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
24749654

CER-AFI



**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:	Diego Fernando Ortiz Caera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	7070270514	EPS:	Coosalud
FECHA DE NACIMIENTO:	05-09-2077	EDAD:	72
DIRECCIÓN:	Costera 53F #2A-50	BARRIO:	Batun
TELÉFONO O CELULAR:	3725387366		

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:	Dora Mariana Lopez	APELLIDOS:	Caera Acosta
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52453407	TELÉFONO:	3278273797
DIRECCIÓN:	Costera 53F #2A-50	CELULAR:	3278273797

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	Jose Diego	APELLIDOS:	Ortiz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79284772	TELÉFONO:	3725387366
DIRECCIÓN:	Costera 53F #2A-50	CELULAR:	3725387366

FIRMA DEL ACUDIENTE: [Firma] c.c. 52453407

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 Pais Moya Cuevas Acosta, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52453407 de Bogotá, domiciliado en la dirección Carilva 53F #2A-50, actuando en calidad de acudiente del menor Diego Fernando Ortiz identificado con la tarjeta de identidad No. 6245341 707027057, 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 coasalud del régimen subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 08 días del mes 03 de 2024.

Firma:

Nombre:

Pais Moya Cuevas

Pais Moya Cuevas

c.c. 52453407

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	1010210514
NOMBRES	DIEGO FERNANDO
APELLIDOS	ORTIZ CACERES
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/09/2024 17:49:40	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**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.010.210.514**
ORTIZ CACERES

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES

Fernando

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-2011**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

05-SEP-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

01-OCT-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALMENDO VACHA



P-1500150-01109869-M-1010210514-20191112

006888807A 2

1845679465

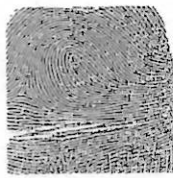
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.453.407
CACERES ACOSTA

APELLIDOS
DORIS MIREYA

NOMBRES
Doris Mireya Caceres

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1978
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

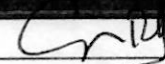
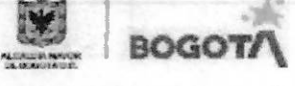
14-DIC-1996 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00360645-F-0052453467-20120213 0029182951A 1 37530386

 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:	Andrea Carolina Cardenas Rojas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1029146139	EPS:	Servisalud
FECHA DE NACIMIENTO:	13 junio 2008	EDAD:	15 años
DIRECCIÓN:	Calle 17a Sur #56-02	BARRIO:	Mileta
TELÉFONO O CELULAR:	314 2151262		
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:	Maria Angelica Rojas Gomez	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	SI 957 606	TELÉFONO:	314 2151262
DIRECCIÓN:	Calle 17a Sur #56-02	CELULAR:	314 2151262
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. SI 957606 071		
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 participé de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad			
			

{fiduprevisora)

fomag
Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) **MARIA ANGELICA ROJAS GOMEZ** identificado(a) con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 51957606, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

Nombres Cotizante:	MARIA ANGELICA	Apellidos Cotizante:	ROJAS GOMEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía	Número Documento:	51957606
Estado Actual:	Activo	Tipo de Afiliación:	Cotizante docente
Fecha de Afiliación:	01/09/2005	UT Afiliación:	UNIÓN TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSÉ

Información de los Beneficiarios:

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Parentesco
Registro Civil	1029146139	ANDREA CAROLINA	CARDENAS ROJAS	29/07/2008	Activo	Hijo Docente

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

Dada a solicitud del interesado en la fecha 12/04/2024.

Cordialmente,

Coordinación de afiliaciones

Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Elaboró: Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.029.146.139
CARDENAS ROJAS
APELLIDOS
ANDREA CAROLINA
NOMBRES

Andrea Cardenas Rojas
FIRMA



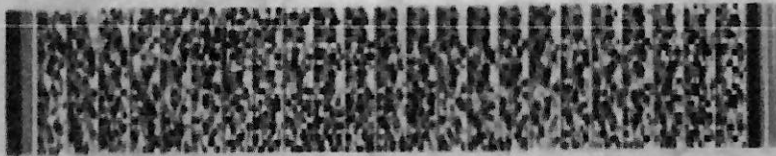
FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
13-JUN-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
21-AGO-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+
G S RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
DANIEL ARBOLEDA SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00742462 F-1029146139-20150829 0046107115A 1 1893546807

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.957.606**

ROJAS GOMEZ
APELLIDOS

MARIA ANGELICA
NOMBRES


FIRMA



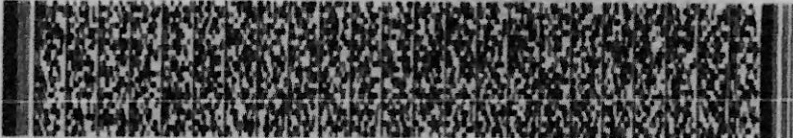

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1968**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

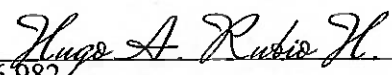
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **O+** **F**
ESTATURA G.S RH SEXO

25-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GONZALO VACHA



A-1500115-47154893-F-0051957806-20071026 0449907298Q 02 226968136

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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:	JUAN ESTEBAN DUQUE GOMEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.025.529.703	EPS:	COMPENSAR
FECHA DE NACIMIENTO:	09-MAY-2006	EDAD:	17 AÑOS
DIRECCIÓN:	CALLE 1C # 40D-14	BARRIO:	CARABELAS
TELÉFONO O CELULAR:	3170426735		
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:	NEYDI MARGOTH	APELLIDOS:	DUQUE GOMEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.933.942	TELÉFONO:	3178769303
DIRECCIÓN:	CALLE 1C # 40D-14	CELULAR:	3178769303
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:	N/A	APELLIDOS:	N/A
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	N/A	TELÉFONO:	N/A
DIRECCIÓN:	N/A	CELULAR:	N/A
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	C.C. 52.933.942 DE BOGOTÁ D.C.		
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 NEYDI MARGOTH DUQUE GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.933.942 de BOGOTÁ D.C. domiciliado en la dirección CALLE 1C # 40D-14, actuando en calidad de acudiente del menor JUAN DUQUE, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.025.529.703, 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.

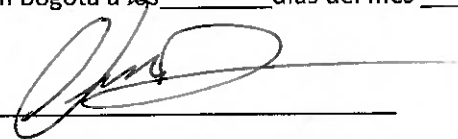
En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños 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.

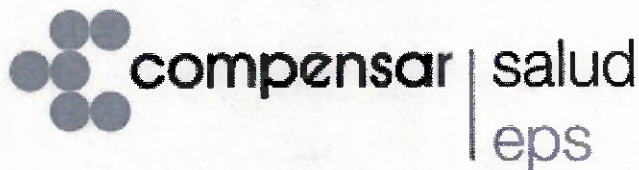
Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS COMPENSAR del régimen CONTRIBUTIVO.

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

Firma:



Nombre: NEYDI MARGOTH DUQUE GOMEZ C.C. 52.933.942



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NEYDI MARGOTH DUQUE GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52933942, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente bajos ingresos tipo 42 según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20110811	20120229

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
JUAN ESTEBAN DUQUE GOMEZ	HI	1025529703	TI	20120301	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 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
24658847

CER-AFI

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.025.529.703
DUQUE GOMEZ
APELLIDOS
JUAN ESTEBAN
NOMBRES
Juan Duque

FIRMA

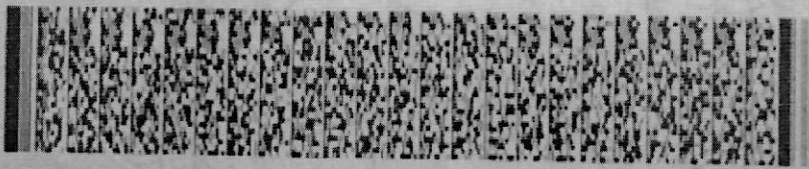


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-2006
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-MAY-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
14-JUL-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+ M
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



P 1500150 00625653 M 1025529703 20140924 0040202647A 2 41141201

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.933.942

DUQUE GOMEZ

APELLIDOS

NEYDI MARGOTH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-1983

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

10-JUL-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A 1500150-00383800 F 0052533942-20120621 0030218451A 1 1891802316



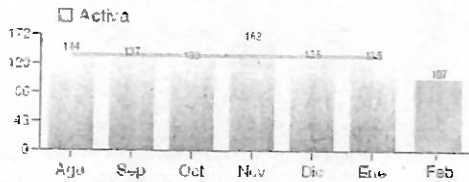
Segota

ENEL COLOMBIA S.A. ESP
N° 950 003 375-0
Calle 92 No 13 - 45 Piso 1

MARIA B CARDENAS
CL 1 CNO 40 D 14 P11
P11
BOGOTA, D.C. - MONTES



14 207 2336 / 018-4549727



PERIODO FACTURADO: 25 ENE 2024 A 15 FEB 2024
DIAS FACTURADOS: 27
CONSUMO MES: 107 kWh

VALOR kWh APLICADO
\$870.82

CONSUMO DIARIO:
3.96 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.930



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

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA KW: 10.00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10002142072336
RUTA LECTURA: 12142280356
MANZANA DE LECTURA: 11570420426
MEDIDOR V2: 018-4549727
MEDIDOR NO: 010-4549727



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

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Métodos virtuales de Pago

Corresponsales Bancarios: CON, aléfil, Revól, HONOR, etc.

Red Cade: Almacenes de Cadenas, etc.

Código QR: QR code for payment

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: ENS 2024
G: \$371.22 T: \$34.32 D: \$296.38 CV: \$187.20 PR: \$71.34 R: \$3.75 CP: \$0.00 / \$870.82 Costo kWh Tar.

ACTIVIDAD ECONOMICA 2344 Comercialización de Energía Eléctrica T.V. a 11.24 por kWh. Son los autorizados según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2012 por el Ministerio de Energía y Minas.

IMPORTANTE: El cumplimiento de la resolución CNEC 038 de 2014, la cual establece el Cobro de Multa a los consumidores que no pagan sus facturas a tiempo, se encuentra en vigencia. Para conocer más detalles, se sugiere a los consumidores revisar la página web de ENEL COLOMBIA S.A. ESP.

FECHA DE EMISIÓN FACTURA: 18 FEB 2024

Para pagos y consultas
se atiende al cliente en:

1123463-0

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 129430730-0

¿Por qué puede variar el valor de tu factura?

El valor de tu factura puede variar debido a los cambios en el consumo de energía, los cambios en las tarifas, los cambios en el estatus de la cuenta, etc.

Para más información, visita nuestra página web o llama al 14 207 2336.

CONTACTANOS

Correo electrónico: premierecibidos@enel.com
Chat de servicio en: www.enel.com.co/usuarios/crear-de-usuario.html
Tel: 550 8003 (Elija Bct o plan Junior)

Zona privada de la página Web

Redes sociales: Facebook, Twitter, Instagram, YouTube

Redes de atención al cliente: 115 (Línea gratuita)

Redes de atención al cliente: 115 (Línea gratuita)

Si realizas el pago en un corresponsal bancario, sigue el responsable y ya envía la orden como soporte de pago. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

QR code for payment

Factura emitida por el Corresponsal de Cobro de la Empresa ENEL COLOMBIA S.A. ESP

 MUNICIPALIDAD DE BOGOTÁ 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:	Camilo Esteban Ballesteros Arevalo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025068184	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	24 A90210 2011	EDAD:	12 años
DIRECCIÓN:	Diagonal 5D Bis 43B03	BARRIO:	La Francia
TELÉFONO O CELULAR:	3202354192 / 3115975698		
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 y Alergico.			
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:	Sandra P. Arevalo	APELLIDOS:	Arevalo O.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52126427	TELÉFONO:	3 2624076
DIRECCIÓN:	Diagonal 5D Bis 43B03	CELULAR:	3202354192
INFORMACION FAMILIAR (Padre)			
NOMBRES:	Javier	APELLIDOS:	Ballesteros P.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79645471	TELÉFONO:	2624076
DIRECCIÓN:	Diagonal 5D Bis 43B03	CELULAR:	3115975698
FIRMA DEL ACUDIENTE:			C.C. 52126427
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 Arevalo O., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52126477 de Bogotá, domiciliado en la dirección Dagoberto 43803, actuando en calidad de acudiente del menor Camilo E. Ballesteros identificado con la tarjeta de identidad No. 1025068184, 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 8 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Sandra

Nombre:

Sandra Arevalo

c.c. 52126477

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

Que el(la) señor(a) **JAVIER BALLESTEROS PATARROYO** identificado(a) con Cedula Ciudadania 79645471, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170503	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
CAMILO ESTEBAN BALLESTEROS AREVALO	HI	1025068184	TI	20170503	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 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
24652702

CER-AFI

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.025.068.184
BALLESTEROS AREVALO

APELLIDOS

CAMILO ESTEBAN

NOMBRES

cmw 10
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-2011
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-AGO-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
06-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA

INDICE DERECHO



P-1500150-01042268-M-1025068184-20181025

0062825129A 1

1175125124

REPÚBLICA DE COLOMBIA



COMPARTIR
salud

Nombre de identificación: CAMILO ESTEBAN BALLESTEROS AREVALO
Identificación de identificación: REC1025068184

Nombre del portador: JAMER BALLESTEROS PATARROYO
Identificación de identificación: REC706065771

Fecha de identificación: 200106030

Dirección de identificación: Senechil

Firma

Señal

www.compartir.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.126.427
NUMERO

AREVALO OROZCO
APELLIDOS

SANDRA PATRICIA
NOMBRES

Sandra Patricia Arevalo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1975
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

F
SEXO

23-NOV-1983 SANTAFE DE BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

FIRMA REGISTRADOR

Indice Derecho

P-1500116-75300670-F-52126427-031129

134862

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

enel Bogotá

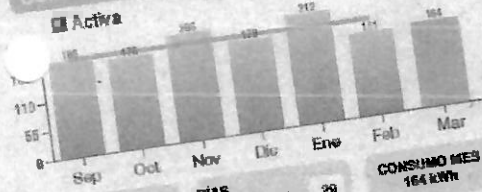
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 960.083.975-9
Calle 99 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE
LAZARO BALLESTEROS
DG 5 D BIS NO 43 B 03
NVA MARICUTANA
BOGOTA, D.C. - SAN FRANCISCO

14 202 1855 / 117-17163924



COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWH APLICADO
\$962.37

CONSUMO DIARIO:
5,66 kWh

VALOR DIARIO:
\$4.237

CONSUMO MES
164 kWh

PERIODO FACTURADO:
16 FEB/2024 A 15 MAR/2024

DÍAS FACTURADOS: 29

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 3
CARGA KW: 15,00
FACTUR: 10002142021055
RUTA REPARTO: 12142190045
MANEJO DE LECTURA: MS00420925
MEDIDOR NO: 117-17163924

CALIDAD DEL SERVICIO



0371065-4

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 135504363-6

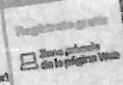
Regístrate en la Zona Privada de la web o en la App Enel.

- Al registrarte podrás realizar trámites en línea como:
- Descargar y pagar tu factura
- Reportar fallas en el servicio o asumidos públicos
- Generar comprobante de pago y muchas otras solicitudes



CONTACTANOS

- Chat de atención al cliente
- Chat de atención al cliente
- Chat de atención al cliente



Bogotá, Barrera y Cardenas
601 5 115 115

115 Grupos de WhatsApp

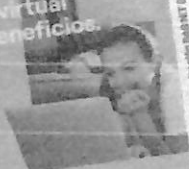
Gestiona tu cuenta de energía y realiza trámites del servicio en línea. Regístrate gratis

<https://www.enel.com.co/personas/registro.html>

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

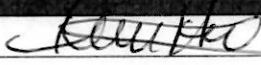
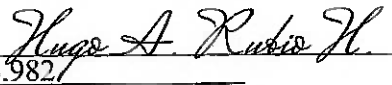
- APP Enel
- Internet
- Teléfono fijo
- Billete Automático
- Cajero Electrónico
- APP Enel Clientes Colombia
- Bodega de Pago
- Red DistaNet
- Centros de Servicio
- Corresponsales Bancarios
- Red CAJE
- Almacén de Cadena

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
Vigencia: FEB 2024
Costo kWh Mes

FECHA DE EXTENSIÓN FACTURA: 18 MAR/2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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:	Ethan Andrew Estrella Higuera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T2 1022435016	EPS:	Sanidad Militar
FECHA DE NACIMIENTO:	30 Abril 2016	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Carrera 57A #4-38	BARRIO:	San Gabriel
TELÉFONO O CELULAR:	3118567126 - 3105606510 - 3105889763		
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:	Diana Higuera	APELLIDOS:	Higuera Zambrano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53074906	TELÉFONO:	3118567126
DIRECCIÓN:	Carrera 57A #4-38	CELULAR:	3118567126
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:			
	c.c. 53074906		
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 Diana Hazelidy Higuera Zambano, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53074986 de Bogotá, domiciliado en la dirección Carrera 57A #4-38, actuando en calidad de acudiente del menor Ethan Echell identificado con la tarjeta de identidad No. 1022435076, 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.

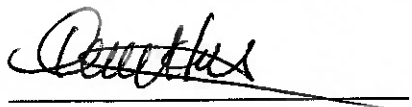
En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños 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 Sanidad Militar del régimen Especial.

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

Firma:



Nombre:

Diana Higuera c.c. 53074986



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1472167

Que el (la) señor(a) SS. ALVARO ANDRES ESTRELLA CASTAÑEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 1070586017 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de COMANDO EJERCITO NACIONAL, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
ETHAN ANDREY ESTRELLA HIGUERA	TI	1022435016	HIJO(A)	Beneficiario	Activo

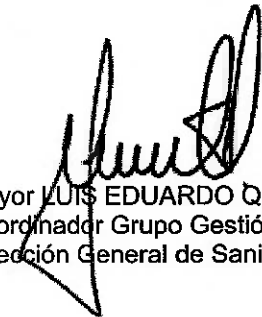
La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Lo anterior en cumplimiento al Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.3.14 el cual citó, "Afiliaciones múltiples. En el sistema general de seguridad social en salud, ninguna persona podrá estar inscrita en más de una EPS o EOC ni ostentar simultáneamente las calidades de cotizante y beneficiario, cotizante y afiliado adicional o beneficiario y afiliado adicional, afiliado al régimen subsidiado y cotizante, afiliado al régimen subsidiado y beneficiario o afiliado al régimen subsidiado y afiliado adicional. Tampoco podrá estar afiliado simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a un régimen exceptuado o especial".

Por su parte, el Decreto Ley 1795 de 2000 en su Artículo 24 parágrafo 4º, dispone que "No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud".

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 08 de abril de 2024.


Mayor LUIS EDUARDO QUIROGA QUINTANA
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTAL SIS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.022.435.016**
ESTRELLA HIGUERA

APELLIDOS
ETHAN ANDREY

NOMBRES

Ethán

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

30-ABR-2016

LUGAR DE NACIMIENTO
30-ABR-2034

O+

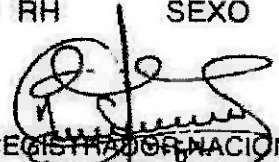
M

FECHA DE VENCIMIENTO
09-MAY-2023 BOGOTA D.C.

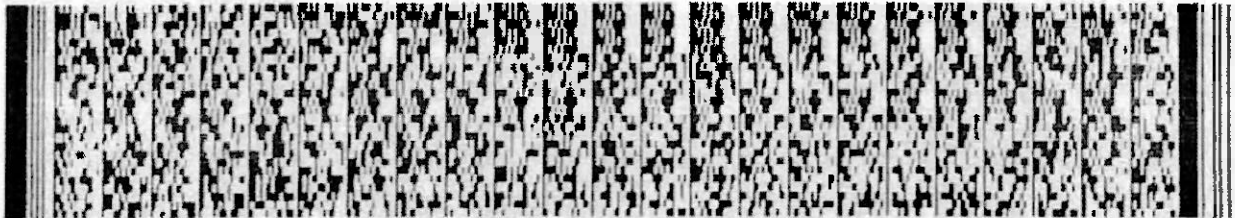
G S RH

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA

INDICE DERECHO



P-1500150-01357068-M-1022435016-20230524

0110037467A 1

8508166778

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.074.986

HIGUERA ZAMBRANO

APELLIDOS

DIANA HAZLEIDY

DOMINIO

[Signature]

[Portrait Photo]

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ D.C. RH

F SEXO

27-MAR-2003 BOGOTA D.C.
VIGENCIA Y LOCALIDAD DE EMISION

[Fingerprint]

INDICE DERECHO

[Barcode]

A-1500150-01063777-E-0053074000-20100222 000460127A 1 9907310054

[illegible][illegible][illegible]

59161

0378191-8

ECOLÓGICO FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 730619323-0

BOGOTÁ

enel

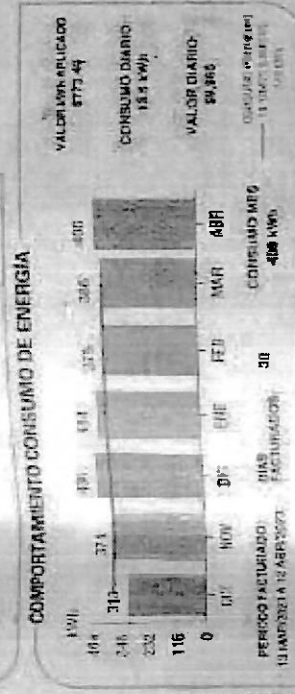
CLIENTE

GUSTAVO RODRIGUEZ
KRI 87 A NO 4-38

BOGOTÁ D.C.
SAN GABRIEL

D880 X INTERNET

16140

[illegible]

...the ...

 ALCALDÍA DE BOGOTÁ <small>CONSEJO LOCAL DE PUENTE ARANDA</small>			
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:	Samantha Naranjo Busto		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022439779	EPS:	Capital Salud
FECHA DE NACIMIENTO:	29 Noviembre 2016	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Canera 63 # 23-27 SW	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3063343508		
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:	Lorena Busto	APELLIDOS:	Busto Galvis
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030602315	TELÉFONO:	3063343508
DIRECCIÓN:	Canera 63 # 23-27 SW	CELULAR:	3003343508
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	Lorena Busto Galvis c.c. 1030602315		
FIRMA DEL PROFESOR (A):	Hugo A. Rubio H. c.c. 80.816.9827		
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 Lorena Basto Galvis identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030602315 de Bogotá domiciliado en la dirección Carrera 63 # 73-27 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Samuel Moroz Basto identificado con la tarjeta de identidad No. 1022439779, 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 Beneficiario Contributivo.

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

Firma: Lorena Basto Galvis

Nombre: Lorena Basto Galvis . c.c. 1030602315



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	1022439779
NOMBRES	SAMANTHA
APELLIDOS	MUÑOZ BASTO
FECHA DE NACIMIENTO	*/*/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM	CONTRIBUTIVO	07/03/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 04/08/2024 08:39:09 Estación de origen: 192.168.70.220

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



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-2016**
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

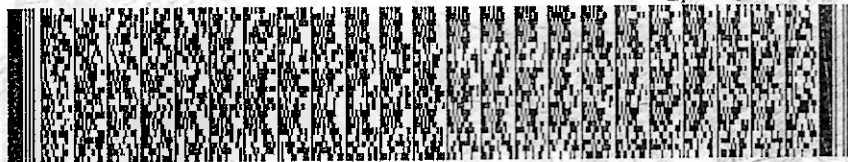
LUGAR DE NACIMIENTO
29-NOV-2034

FECHA DE VENCIMIENTO
04-DIC-2023 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01403881-F-1022439779-20231214

0137890046A 1

8510247583

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.022.439.779**
MUÑOZ BASTO

APELLIDOS
SAMANTHA

NOMBRES

Samantha

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.602.315

BASTO GALVIS

APELLIDOS
LORENA

NOMBRES
LORENA BASTO GALVIS




FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ F

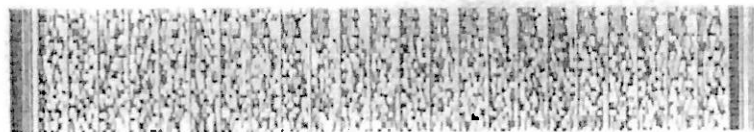
ESTATURA PESO SEXO

01-DIC-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANDEZ TORRES

JOCE DE PEDRO



A 1500150-00495195-F-1000002115-20111010

003044902115

02/01/2014

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.

En Mi vanti en línea hazlo tú mismo

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

Escanea este 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

Botón PSE

Botón Bancolombia

Escanea para pagar tu factura

* Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA

Corresponsales Scotiabank Colpatria

Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda

Red CADE

Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

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

Ingresar a www.grupovanti.com y conoce los pasos para agendar tu cita.

¡Hola!

JORGE BASTO

KR 63 23 SUR 27 01 - TORREMOLINOS

BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar

Vanti S.A. ESP.

Medidor Gas No. 5097102-6510411

Lote: P16GN Ruta: 0011150164560005000 Código del Sector: 046

Cuenta o referencia de pago 608222222

vanti

Listo

Tu cupo de crédito aprobado

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

subete

Listo para tu moto

vanti

Listo

Compra tu moto con tu cupo Vanti Usó y llévate un bono de gasolina por \$30,000

Valido solo para compras iguales o superiores a \$100,000

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

BIEN 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 compra de motocicletas en establecimientos aliados. Consulta T&C de la campaña ingresando a <https://www.grupovanti.com/Vanti/Motos>. Vanti Usó es un producto de las empresas Grupo Vanti. Promoción valida hasta el 22 de marzo de 2024 o hasta agotar existencias, se entregará 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 7am. 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

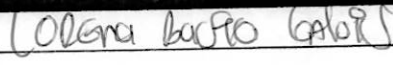
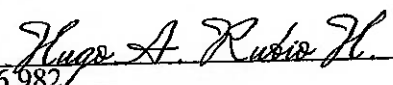
Bucaramanga (607) 665 4755

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.

 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:	Mariona Munoz Basto		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022400273	EPS:	Capital salud
FECHA DE NACIMIENTO:	13 enero 2013	EDAD:	11
DIRECCIÓN:	Carrera 63 # 23-1750	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3003343508		
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:	Lorena Basto Gallo	APELLIDOS:	Basto Gallo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030602315	TELÉFONO:	3003343508
DIRECCIÓN:	Carrera 63 # 23-1750	CELULAR:	3003343508
INFORMACION FAMILIAR			
(Padre)			
NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	
FIRMA DEL ACUDIENTE:	 c.c. 1030602315 Bty		
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 Lorena Busto Galvis, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030602315 de Bogotá, domiciliado en la dirección Carrera 63 # 23-27 SR, actuando en calidad de acudiente del menor Murilo Muñoz Busto identificado con la tarjeta de identidad No. 1030602315, 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 Beneficiario Contributivo

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

Firma: Lorena Busto Galvis

Nombre: Lorena busto Galvis c.c. 1030602315



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	1022400273
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	MUÑOZ BASTO
FECHA DE NACIMIENTO	*/*/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM	CONTRIBUTIVO	07/03/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/08/2024 08:37:39	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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.022.400.273**
MUÑOZ BASTO

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana Muñoz B

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-ENE-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
13-ENE-2031

FECHA DE VENCIMIENTO
12-NOV-2020 **BOGOTA D.C.**

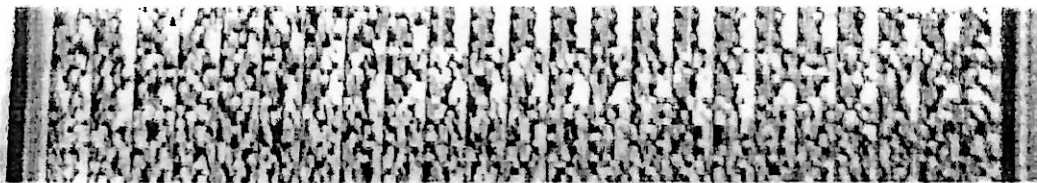
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

F

REGISTRADORA NACIONAL
ALEXANDER ALVARADO

INDICE DERECHO



13-ENE-2013 12-NOV-2020 F 1002400273 02201117

00724690664

BOGOTA D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.602.315

BASTO GALVIS

APELLIDOS

LORENA

NOMBRES

LORENA BASTO GALVIS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

A+

G.B. RH

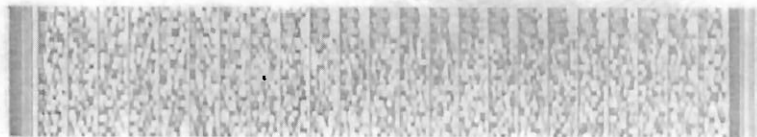
F

SEXO

01-DIC-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANABRIA TORRES



A-1500150-00495199-F-1030602315-20131012

0035443025A 1 1312557254