Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: GUSTAVO ALEJANDRO JAIME RAMIREZ.

NUI: 1032402341 Genero: M X F ____ Edad: 14

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: CALLE 2 # 8-45 este

Barrio: SANTA ROSA DE LIMA Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3024614334 Tel Movil 2: 3177700175

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: LUIS GUILLERMO JAIME **CC:** 79386677

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: GUSTAVO ALEJANDRO JAIME a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Guillermo Jaime **cc.** 79386677

Alcaldía de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.032.402.341**

JAIME RAMIREZ

APELLIDOS

GUSTAVO ALEJANDRO

NOMBRES

Gustavo Alejandro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-2005**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-NOV-2023 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

16-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00626234-M-1032402341-20140924 0040232028A 1 1072888486

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

NICIO ESTUDIO SOCIAL REPORTES EPS LMA INICIAR SESION Consulta Resultados Fecha: 10/01/2020 - 3:44:34 PM

guimiento Administrativo Ente Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Fecha de corte: 10/01/2020

er	Ver	Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ficha Sisbén	Nivel Sisbén	EPS-S Anterior	EPS-S	Fecha Afiliación	Estado
tos	Estado	Nucleo	30954214	TI	1032402341	JAIME	RAMIREZ	GUSTAVO	ALEJANDRO	4922005	1		CAPITAL SALUD	31/03/2010	Activo

Estado de Afiliación: Activo	
el 1	Exento de copagos y cuotas de recuperación por Nivel 1 (Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y Artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016)
slado	CON DERECHO A TRASLADO

ostrar Todos

sidiado Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 31/12/2019

RA CONSULTAR LA BDUA ACTUAL POR FAVOR DIRIGIRSE A LA PÁGINA WEB DE LA ADRES.

tributivo Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 31/12/2019

RA CONSULTAR LA BDUA ACTUAL POR FAVOR DIRIGIRSE A LA PÁGINA WEB DE LA ADRES.

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0
Cra. 13A No. 93-66 | www.codensa.com.co

DUPLICADO

DUPLICADO DE FACTURA

NÚMERO DE CUENTA **303865 4**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 576862513 8

Fecha de expedición 03 enero 2020

Período 27-nov-19 hasta 27-dic-19

DATOS DEL CLIENTE

MONICA RAMIREZ RISCANEVO
BOGOTÁ, D.C. CL 2 NO 8 ESTE - 45
BARRIO EL ROCÍO
TELEFONO 2896655
REPARTO ESPECIAL: N
CIRCUITO GUADALUPE

ESTRATO 2
SERVICIO 303865
Residencial
Ruta 10002022070231

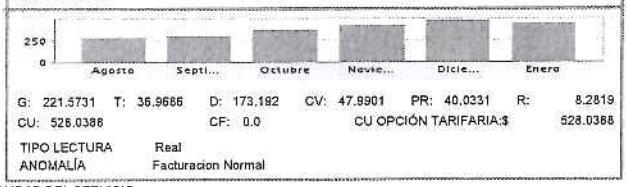
NIVEL DE TENSION 1
No. MEDIDOR 1573560
No. MEDIDOR 0
CARGA CONTRATADA 2.0

INFORMACIÓN DE CONSUMO

TARIFA	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	TOTAL CONSUMO
EAFP	64614.0	64176.0	438.0	1.0	438.0

ENERGÍA CONSUMIDA	438.0
ENERGÍA FACTURADA	438.0
VALOR PROMEDIO DEL KWH	526.0388
TARIFA MES	ENERO 2020

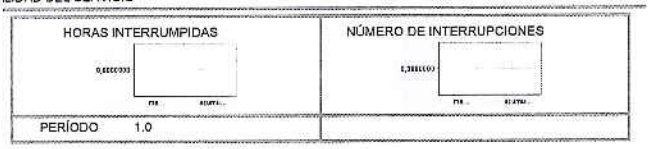
CONSUMO
Últimos 6 meses — Promedio últimos 6 meses: 345,00



G: 221.5731 T: 36.9686 D: 173.182 CV: 47.9901 PR: 40.0331 R: 8.2819
CU: 526.0386 CF: 0.0 CU OPCIÓN TARIFARIA:$ 526.0386

TIPO LECTURA Real
ANOMALÍA Facturacion Normal

CALIDAD DEL SERVICIO



Nombre PROMOA Dirección 104739997 Puntos de atención TV 4 NO 51 A
NIT 9011458 Página Web www.promoambientaldistrito.com

Frec. Barrido	Frec. Recolección	Densida	Volumen	% Partida
3	3		0	0%

DETALLE DE CUENTA

CODIGO	CONCEPTO	SUBTOTAL
S097	RESIDENCIAL SUBSIDIO	$ -33.315
L103	ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$ -24.045
L190	ASEO - INTERES POR MORA	$ 18
E020	CONSUMO ACTIVA SENCILLA	$ 231.281
L101	ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$ 60.112
E755	INTERES POR MORA (RES:6%-	$ 105
L115	ASEO - AJUSTE A LA DECENA	$ 4
	SUBTOTAL	197.966

HISTÓRICO DE SERVICIO ASEO



Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
37320	53580	67780	125580	121400	59770

FECHA DE PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSION	TOTAL A PAGAR	$ 234.160
13 enero 2020	15 enero 2020		

Si paga después de esta fecha se cobrarán intereses de mora en la siguiente factura

SI LA FECHA DE PAGO ESTA VENCIDA PAGA EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS
CALLE 80: Calle 80 No. 89 15 GALERÍAS: Calle 53 No. 22 53 SAN DIEGO: Cra. 7 No. 32 84 SUBA: Tr. 60 No. 128A 26
SUBA RINCÓN: Tr. 91 No. 127 10 SOACHA DESPENSA: Calle 12 No. 9 05 VENECIA: Autopista Sur No. 54A 07
SANTA LIBRADA: Calle 70 No. 00 79 sur KENNEDY: Cra 78B No. 38B 30 sur RESTREPO: Cra 21 No. 15 28 SUR

INFORMACIÓN DE INTERES

CUALQUIER INQUIETUD COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION. EN BOGOTA FONOSERVICIO 115 – CUNDINAMARCA 01-8000-912-115 ó 4-19-72-72

Somos agentes retenedores de IVA e ICA. Somos grandes contribuyentes según Res. No. 3371 de diciembre 1997. Somos autorretenedores según Res. No. 3305 de Diciembre de 1997.

IVA régimen común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999. VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS NIT 830.037.248-0

DESPRENDIBLE PARA EL BANCO

DESPRENDIBLE PARA EL BANCO

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0 | Cra. 13A No. 93-66

No. DE CUENTA	303865 4
No. DE FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS	576862513 8
FECHA DE PAGO OPORTUNO	**13 enero 2020**
FECHA DE SUSPENSIÓN	15 enero 2020
TOTAL A PAGAR	234160

(415)7707209914253(8020)010303865457686251 38(3900)00000000234160

Salon Comunal Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Mariana Juez Rodriguez.

NUI: 1014596943 Genero: M___ F X Edad: 9 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Carrera 11 Bis Este # 1-11

Barrio: El Dorado Tel Fijo:

Tel Movil 1: 3143608955 Tel Movil 2: 3228308118

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: [signature] **CC:** 1032387623

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Mariana Juez Rodriguez a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: [signature] **CC.** 1032387623



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.014.596.943

JUEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

MARIANA
NOMBRES

mariana juez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-FEB-2010

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-FEB-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

03-MAR-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014596943
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	JUEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 01/10/2020 14:27:08 | **Estación de origen:** | 186.154.90.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-6
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es

1041147-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576866504-7

CLIENTE

58719

MARIA DE CUELLAR
KR 11 BIS ESTE NO 1 - 11

BOGOTÁ, D.C.
EL DORADO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$526.03	253

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 217 0404
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 217 0415
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320926
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19339035
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CUENTE 110	

www.enel.com.co — @CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 56.96 D: 173.19 CV: 47.05 PR: 40.03 R: 5.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

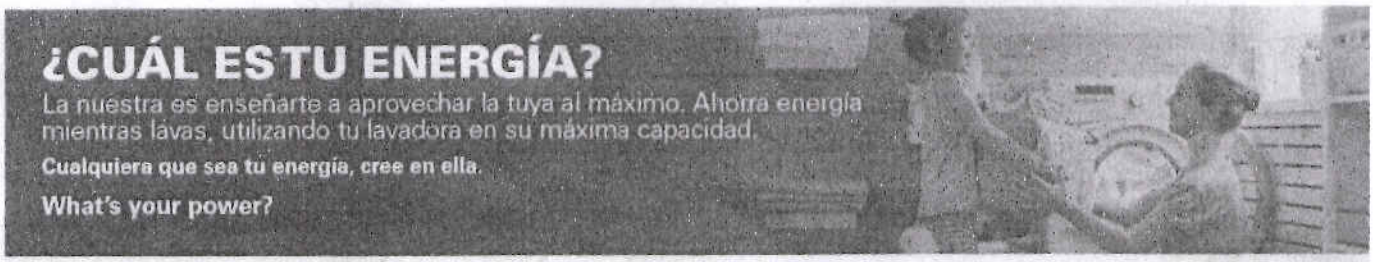
CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Como pagar la factura?

Red Distrital — Centros de Servicio — Código QR

APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Daviplata, Débito Automático, Cajero Electrónico, Botón de Pago Online, Móvil, Nequi

Carvajal, cerco, puntored, pagofácil, MOVIRED, RED CADE, enel**, EFECTY, OMEGA

Medios Electrónicos — Corresponsales Bancarios — Almacenes de Cadena

* Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

Salon Comunal Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Nicole Ximena Juez Rodriguez.

NUI: 1014596731 Genero: M___ F_X_ Edad: 11 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Carrera 11 Bis Este # 1-11

Barrio: El Dorado Tel Fijo:

Tel Movil 1: 3143608955 Tel Movil 2: 3228308118

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO _X_ CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO _X_ OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO _X_ COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO _X_ CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16__ Otro: _X_ Cual XS / S

Firma Acudiente: _____ **CC:** 1032387623

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Nicole Ximena Juez R. a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: _____ **CC.** 1032387623

Alcaldía de Bogotá



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.014.596.731
JUEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

NICOLE XIMENA
NOMBRES

NICOLE XIMENA JUEZ
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-JUL-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

28-AGO-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014596731
NOMBRES	NICOLE XIMENA
APELLIDOS	JUEZ RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 01/10/2020 14:28:29 | **Estación de origen:** | 186.154.90.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-6
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1041147-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576666504-7

CLIENTE

58719

MARIA DE CUELLAR
KR 11 BIS ESTE NO 1 - 11

BOGOTÁ, D.C.
EL DORADO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$528.03	253

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 217 0404
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 217 0415
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320926
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19339035
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110	

www.enel.com.co — @CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.89 PR: 40.03 R: 8.28 GF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

CALIDAD DEL SERVICIO

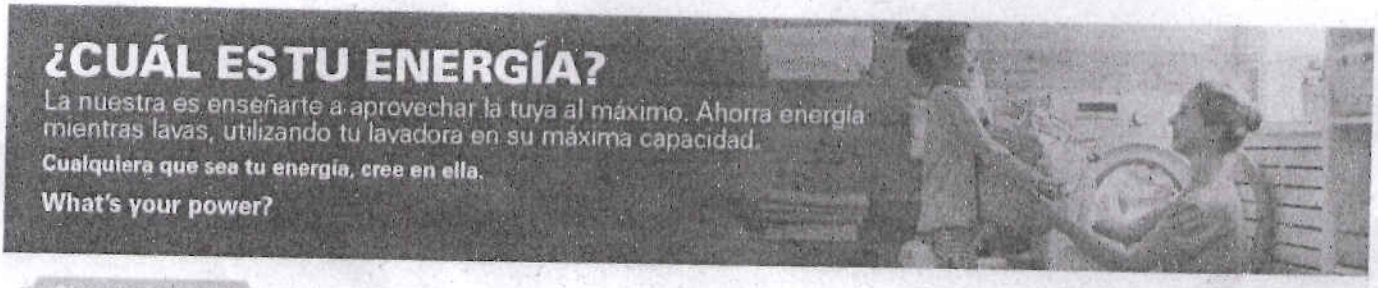
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco | Internet | Punto Pago Redeban | Teléfono Banco | Davivienda | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Móvil | Nequi

Medios Electrónicos | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

Estacion Terpel

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: MARIA CAMILA CORTES RAMIREZ

NUI: 1011100174 Genero: M___ F X Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: KR 3E # 1C. 02 INT. 21

Barrio: RAMIREZ Tel Fijo:

Tel Movil 1: 302 209 04 86 Tel Movil 2: 302 209 04 86

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 51 920 152

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: MARIA CAMILA CORTEZ R. a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 51 920 152

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.100.174**

CORTES RAMIREZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

María

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-DIC-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
G S RH SEXO

07-JUN-2016 GACHANCIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1510000-00844037-F-1011100174-20160819 0050682678G 2 45942626



REPÚBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR: CC 3146873

CATEGORIA: A

DATOS DEL AFILIADO: CORTES RAMIREZ MARIA CAMILA

RC 1011100174

TIPO AFILIADO: BENEFICIARIO

DISCAPACIDAD: *******

VIGILADO

I.P.S. PRIMARIA: CAFAM CHIA

URGENCIAS HASTA: 27/03/2008

FECHA DE AFILIACION: 28/03/2008



INFORMACIÓN IMPORTANTE

No. 7899966

BOGOTÁ, D.C.

FUERA DE BOGOTÁ, D.C.

RED DE URGENCIAS BOGOTÁ, D.C.

SOLICITUD DE CITAS

www.famisanar.com.co

Para acceder a los servicios otorgados por el Plan Obligatorio de Salud, P.O.S., usted debe estar al día en el pago de sus aportes, presentar este carné, su documento de identidad o del adulto responsable y acudir al hospital o clínica asignada correspondiente.

La información registrada en este documento referente a la categoría es variable de acuerdo al Ingreso Base de Cotización (I.B.C.) reportado mes a mes.

cuenta / Referencia de pago

6814569

Factura de Servicios Públicos No. **A198296147**

Fecha factura **19Dic2019**

RODRIGUEZ RIVERA VITALIA
KR 1A ESTE 1C 11 101
Municipio: BOGOTA
Sector: GIRARDOT
Dirección Correspondencia: KR 1A ESTE 1C
Ruta: 13001300246611

Código Postal: 110321450

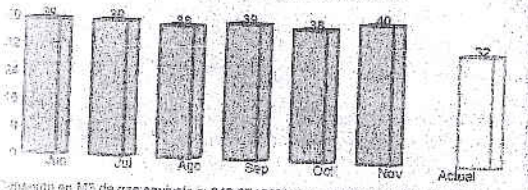
Total a pagar **31,140**

Oportuno hasta el **07Ene2020**

Encuentra aquí en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

Información: el costo de la reconexión por suspensión es de $38.021

Tus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Conversión en M3 de gas equivale a: 348.97 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES: $64.4 E.P. : $0.208 M3/M3

Aviso importante

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Vanti S.A. ESP

vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21 1 28

Línea de urgencias

Municipios celular

Fija o móvil 164
Servihogar

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura. Más información en

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
20 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	36,407
CONS. SIN SUBSIDIO =	
5 M³ X 1659,5700 PESOS/M³	8,298
AJUSTE DECENA	-2
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-15,570
INT. RECARGO/PAGO TPD (0,0160%	7
SUBTOTAL	$ 31,140
TOTAL	$ 31,140

Saldos créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

Medidor	OA 01-01-5 203409	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	9818	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	9848	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	30	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	16-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	17-Dic-2019	Tarifa	D1

Revisión Periódica de la instalación interna

La frecuencia de la inspección periódica es la establecida en el contrato de condiciones uniformes, salvo que el usuario o suscriptor solicite una inspección antes de la fecha establecida en el contrato. Para la inspección periódica de la instalación interna por tu seguridad:

Consulta las tarifas de la Revisión Periódica en www.vanti.co

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida la obstrucción al acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El costo de la reconexión, lo asume el cliente.

LABS 137/18 COMPONENTE CUcm1659.57(S/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.69 Componente Cufm 3119.00 S/Factura) Dtm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Com0.00 p3.30

PEM 1127/18Kp00.754K101.005Kd01.00Pa10.97Pd00.32Altura2477Tme14.0300

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
08Ene2020

Autolíne
Colljueg

GANATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente Servihogar, regístrate en servinoticias.com y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los 5 bonos de viaje.



Parque San Bernardo

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Juan Manuel Rosero Vigoya

NUI: 1012 920 975 Genero: M ✓ F _____ Edad: 9 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Cra 11 B # 2-78

Barrio: San Bernardo Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 3132382856 Tel Movil 2: 3112460333

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 ✓ 12 __ 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Samuel Rosero **CC:** 1001065641

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Juan Rosero. a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Samuel Rosero **CC.** 1001065641

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud EPS-S

JUAN MANUEL ROSERO VIGOYA
RC 1012920975 Sexo: M Fecha Nac.:20/02/2010
Doc Cabeza Familia:RC 1012920975 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 04/03/2013 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:3774254 - 1
BOGOTA BOGOTA-CRA 13 Nº 2 91 Zona:U
Localidad3 Dir.: CRA 13 Nº 2 91 SAN BERNARDO
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
neldagd 10081120145209 31840978

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.012.920.975
ROSERO VIGOYA
APELLIDOS
JUAN MANUEL
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-FEB-2028 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
16-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01037818-M-1012920975-20180914 0062616752A 1 1305049943

enel
codensa

CUPON DE PAGO
<CLIENTE>

Número de Cuenta 314622-7

Periodo Facturado Inicial	22 NOV/2019
Periodo Facturado Final	21 DIC/2019
Fecha de Pago Oportuno	07 ENE/2020
Fecha de Suspensión	09 ENE/2020
Tarifa del Mes	NOV/2019
Valor Promedio kWh	$ 52.804,00

CLIENTE

Nombre	LUZ M ROMERO R
Dirección	KR 11 B NO 02 - 78
Municipio	BOGOTA, D.C.
Barrio	SAN BERNARDO
Clase de Servicio	Industrial
Estrato	0

DETALLE DE CUENTA

CONSUMO DE ENERGIA		
528.0388(Valor kWh)x	133(Consumo en kWh)	$ 70.229
CONTRIBUCION RES.079/97-CREG		$ 14.046
EN TUS MANOS RESIDENCIAL Y NO RESIDENCIA		$ 22.970
INTERES MORA CONTRIBUCION (28,37-)		$ 100
INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:28,37- E		$ 500
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)		$ -2
RETROACTIVO SOBRETASA ART 313 L 1955/19		$ 516
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL		$ 20.717
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL		$ -8.287
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBITO		$ 2
ASEO - CUOTA FINANCIACION		$ 7.410
ASEO - INTERES POR MORA		$ 17
SUBTOTAL CONCEPTOS DE ENERGIA		$ 128.750
SUBTOTAL CONCEPTOS OTROS NEGOCIOS		$ 0
SUBTOTAL ASEO		$ 19.859

RECIBIDO
- 9 ENE 2020
02 CAJA
OFICINA 051
BANCO GNB SUDAMERIS

Total a Pagar $ 128.750

Cargos y Conceptos Correspondientes a la Factura No. 576314013-0

(415)7707209914253(8020)010314622757631401 30(3900)00000000128750

09/01/2020

11:09:22

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0. Cra. 13A No. 93-66.
www.codensa.com.co
VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS.
No. UNICO DE REGISTRO 2-11001000-35

Estacion Terpel

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: MAYHA SOFIA GARCIA BAEZ

NUI: 1012921566 Genero: M ___ F X Edad: 9

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: CR 7A # 1 - C 11

Barrio: RAMIREZ Tel Fijo: ___

Tel Movil 1: 3192572776 Tel Movil 2: 3103810670

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL ___

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION ___

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA ___

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO ___ CUAL? ___

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 X 12 __ 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual ___

Firma Acudiente: ___ **CC:** 1026275039

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: MAYHA SOFIA GARCIA BAEZ a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ___ **CC.** 1026275039

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.012.921.566**

GARCIA BAEZ

APELLIDOS

MAYHA SOFIA

NOMBRES

Mayha Garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-NOV-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00985267-F-1012921566-20180307 0059839674A 2 1164718964



CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar EPS

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 1026275039

CATEGORÍA
A

DATOS DEL AFILIADO
MAYHA SOFÍA GARCIA BAEZ RC 1012921566

TIPO DE AFILIADO
BENEFICIARIO

IPS PRIMARIA
COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

DISCAPACIDAD
****

URGENCIAS HASTA
******

FECHA AFILIACIÓN
05/03/2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
ESTE CARNE ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

El Sistema de Seguridad Social en Salud le permite utilizar el servicio a través del médico general. Por lo tanto acuda inicialmente a su centro de atención.

En caso de urgencia o requiere atención diríjase a cualquiera de las instituciones adscritas a EPS Famisanar Ltda o comuníquese a:

Solicitud de citas CAFAM 307 70 11 / COLSUBSIDIO 745 09 59
Información en Bogotá - 307 30 66
Fuera de Bogotá sin costo - 01 8000 91 60 82
www.famisanar.com.co

Recuerde la importancia de cumplir con sus derechos y deberes como afiliado a EPS Famisanar Ltda.
Línea de Atención Supersalud 401 70 00 en Bogotá / 01 8000 51 37 00 Línea Gratuita Nacional

VIGILADO Supersalud

Numero de cuenta / Referencia de pago

6814569

Vanti S.A. ESP

vanti

Línea de atención al cliente

Línea de urgencias

Municipios celular

Fijo o móvil

Servihogar

Autoriza Colljueg.as

Factura de Servicios Públicos No. A198296147

Fecha factura 19Dic2019

RODRIGUEZ RIVERA VITALIA
KR 1A ESTE 1C 11 101
Municipio: BOGOTA
Sector: GIRARDOT
Dirección Correspondencia: KR 1A ESTE 1C 11 101
Lote: 14322 Ruta: 13001300248611

Código Postal: 110321450

Total a pagar 31,140

Pagar antes de 07Ene2020

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

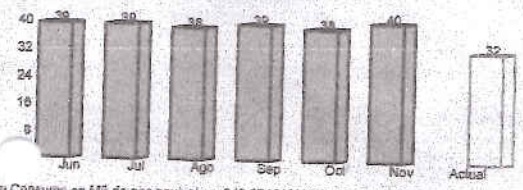
Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 20 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	36,407
CONS. SIN SUBSIDIO = 5 M³ X 1659,5700 PESOS/M³	8,298
AJUSTE DECENA	-2
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-15,570
INT. RECARGO/PAGO TPD (0,0160%	7
SUBTOTAL	$ 31,140
TOTAL	$ 31,140

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 348.87 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 193.94 P.C. : 50.206 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	DA 01-01-S 209409	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	9816	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	9848	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	32	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	18-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	17-Dic-2019	Tarifa	D1

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna de su inmueble gas y debe realizar la cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 067 del 2012, sobre la suspensión del servicio por la seguridad.

Consulta los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 307-1121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm439.35 Dm 439.69*Componente Cufm 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1,14 Ccm0.00 p8.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,764Ki01,005Kz01,00Pa10,87Pd00,32Altura2477Tme14,0300

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
08Ene2020



El año nuevo viene rodando con un 0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente **Servihogar**, regístrate en **servinoticias.com** y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los **5 bonos de viaje.**



Salon Comunal Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Caren Eliana Rincon Tunarosa.

NUI: 1075662579 Genero: M___ F X Edad: 17

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Cr 11 Bis Este # 2A-43 Sur

Barrio: El dorado Tel Fijo: ___

Tel Movil 1: 3017492188 Tel Movil 2: 3023804305

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL ___

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION ___

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA ___

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? ___

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12 X 14__ 16__ Otro: ___ Cual ___

Firma Acudiente: Yenifer Rodriguez **CC:** 53008793

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Caren Eliana Rincon a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Yenifer Rodriguez **CC.** 53008793

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075662579
NOMBRES	CAREN ELIANA
APELLIDOS	RINCON TUNAROSA
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	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	01/08/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 01/10/2020 15:30:51 | **Estación de origen:** | 186.154.90.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1041147-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576866504-7

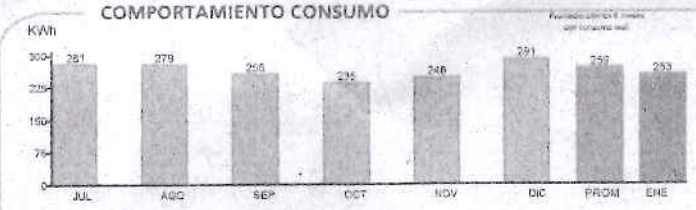
CLIENTE

58719

MARIA DE CUELLAR
KR 11 BIS ESTE NO 1 - 11

BOGOTÁ, D.C.
EL DORADO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2018 A 27 DIC/2018	$526.03	253

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 217 0404
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 217 0415
CARGA KW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320926
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19339035
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 30.96 D: 179.19 CV: 47.06 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $526.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2019

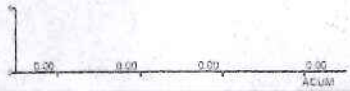
Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110	

www.enel.com.co — @CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergia

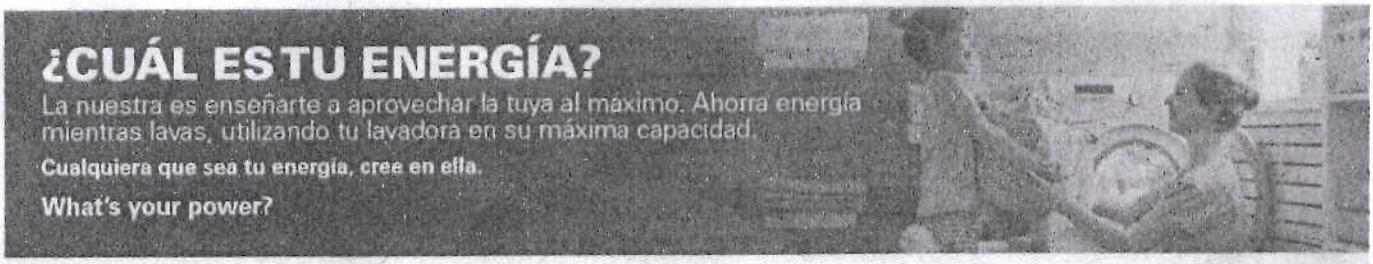
CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Como pagar tu factura?

Red Disfrisal | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Davivienda, Débito Automático, Cajero Electrónico, Botón de Pago Online, Móvil, Nequi

Carvajal, puntored, pagofácil, éxito, PIMONA, enel**

Medios Electrónicos | Corresponsales Bancarios | Almacenes de Cadena

* Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. ** Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

IMG-20200110-WA0055.jpg Descargar Pantalla completa Imprimir Mostrar correo electrónico



IMG-20200110-WA0069.jpg Descargar Pantalla completa Imprimir Mostrar correo electrónico



Salon C. Santa Rosa

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Oscar Giovanny Leal Cervera.

NUI: 1021315327 Genero: M X F ____ Edad: 10 años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Trav 5 Bis este Nº 2-69

Barrio: Rocio Tel Fijo: 9096532

Tel Movil 1: 3125008577 Tel Movil 2: 3125475182.

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 52182.904

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Oscar Giovanny leal Cervera a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 52182.904

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.021.315.327**
LEAL CERVERA
APELLIDOS
OSCAR GIOVANNY
NOMBRES

oscar Giovanny Leal
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-OCT-2027 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
12-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00857241-M-1021315327-20161020 0051939971A 1 1164141249

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
NIT 800.130.907-4

SaludTotal

OSCAR GIOVANNY LEAL CERVERA

R - 1021315327	Cotizante C - 79431210
HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Fecha Afil (M/D/A) 8/ 5/2014
Rango Salarial A	No. Radicación 19918283
Tipo de Discapacidad	Ninguna
Id Beneficiario	89611512
Tel. Central de Citas Medicas	4854555
Tel. Central de Citas Odontologicas	2722402

ESTE CARNÉ TIENE VALIDEZ SI SE ENCUENTRA AL DÍA CON SUS PAGOS
¡Permítanos ayudarle! En caso de urgencia o de requerir información,
no dude en comunicarse con nuestra Línea Gratuita de Atención al Cliente 018000 1 14524
y en Bogotá al 485 4588 las 24 horas del día

Doblar y pegar 063130

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

20349283

Factura de Servicios Públicos No. **A197212124**

Fecha factura **09Dic2019**

LEAL CARREÑO HENRY OSWALDO
CL 2 BIS B 5 ESTE 69 2

Código Postal: 110321331

Municipio: BOGOTA

Sector: LOS LACHES

Dirección Correspondencia: CL 2 BIS B 5 ESTE 69 2

Lote: 05321 Ruta: 13001300282331

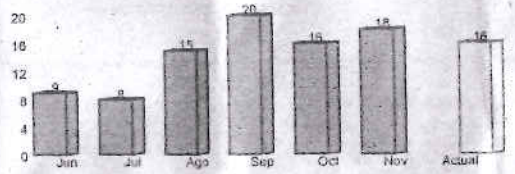
Total a pagar **13,700**

Pagar antes de **20Dic2019**

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 156.69 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 147.06 P.C. : 47.099 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	DM 71-07-5 322690	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	1483	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	1479	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	16	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	07-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	05-Dic-2019	Tarifa	01

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cubn 3119.00($/Factura) Dlm0.00 Cm3119.00 Fcom1.14 Com0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,765Kt01,005Kz01,00Pa10,89Pd00.32Altura2477Time14.2100

Vanti S.A. ESP

www.grupovanti.com

vanti

@grupovanti @grupovanti Grupo Vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION		VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 12 M³ X 1920,3300 PESOS/M³		23,044
AJUSTE DECENA		-2
MENOS SUBSIDIO	(40,5%)	-9,342
SUBTOTAL		$ 13,700
TOTAL		$ 13,700

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 de 2012, evite la suspensión del servicio por su seguridad

Consulte las pólizas de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión lo asume el cliente.

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
23Dic2019

(415)7707208020 (8020)2034928306122019(3900)0000013700

Vanti S.A. ESP. NIT. 890.007.513-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
20349283	A197212124
Fecha factura	Total a pagar
09Dic2019	13,700

2020
El añ
nuev
viene
rodad
con
un
GÁNATELO ASÍ
Si eres cliente Servi
regístrate en servin
participa en el sort
Renault Kwid Outsi
de los 5 bonos de
van
Ga

Salon Comunal El Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Nicol Alexandra Vega Sanchez.

NUI: 1206213988 Genero: M____ F X Edad: 8

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 2 # 11 B este 30

Barrio: El Consuelo Tel Fijo: 9096532

Tel Movil 1: 322 756 5018 Tel Movil 2: 305 706 8379

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Claudia P Sánchez Padilla. **CC:** 1108150130

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Nicol Alexandra Vega Sanchez a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Claudia P Sanchez P. **CC.** 1108150130

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONT

IMPRESIÓN DACTILAR



FAVOR NO LAM



FECHA DE PREPARACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
31 ENE 2019 (DÍA / MES / AÑO)	1.206.215.958
CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN: 4 PRIMERA VEZ TI	
APELLIDOS: VEGA SANCHEZ	
NOMBRES: NICOL ALEXANDRA	
LUGAR DE PREPARACIÓN: SANTA FE BOGOTA DC (CUNDINAMARCA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA) 01 ABR 2011 O+	

* 5 0 3 9 1 3 9 0 *

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1206213988
NOMBRES	NICOL ALEXANDRA
APELLIDOS	VEGA SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 01/10/2020 12:05:12 | **Estación de origen:** 190.27.17.82

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

codensa

ECOLÓGICO

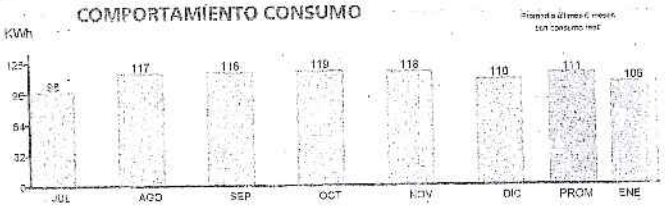
6233347-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576962071-8

CLIENTE

MARIA LUCENID RINCON MEDINA
CL 2 NO 11 B ESTE - 30 AP 202
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
EL ROCÍO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$528.03	105

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 206 0418
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 206 0414
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320862
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	274493
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

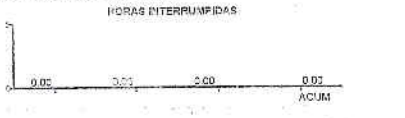
DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
#CodensaEnergia

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

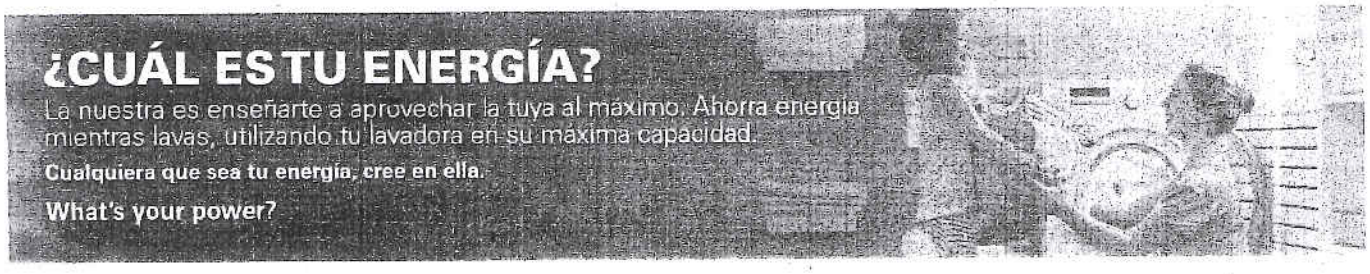
HORAS INTERRUMPIDAS



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.98 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costa kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



Débito Automático · Cajero Electrónico · Botón de Pago Online · Punto Pago Redeban · Internet · Teléfono Banco · Móvil · Davivienda · Nequi

RED CADE · puntored · Carulla · éxito

CAL JACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Sergio Esteban Millan Prada

NUI: 1011099936 Genero: M X F ____ Edad: ____

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Kr 7a este #5a-75

Barrio: Los laches Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3202820485 Tel Movil 2: ____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Martha Prada **CC:** 52032410

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Sergio Millan Prada a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Martha Prada **cc.** 52032410

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO EPSS34

capitalsalud EPS-S

SERGIO ESTEBAN MILLAN PRADA
RC 1011099936 Sexo: M Fecha Nac..30/10/2007
Doc Cabeza Familia:CC52032410 Contrato No 72515-11001
Fecha de afiliación: 09/10/2013 Valido hasta. Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:559031 - 2
BOGOTA BOGOTA-CR 7A ESTE 5 A 27 Zona U
Localidad3 Dir. CR 7A ESTE 5 A 27 LOS LACHES
IPS Medica HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
fernanm 58091220130010 34401182

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.099.936**
MILLAN PRADA
APELLIDOS
SERGIO ESTEBAN
NOMBRES



Sergio
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-2007**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-OCT-2025 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
29-JUN-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00845834-M-1011099936-20160901 0050817757A 1 1163990135

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pagar por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

16236877

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com
@grupovanti @grupovanti Grupo Vanti

vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21, L a V, de 7 am a 6 pm
y sábados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes
las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Factura de Servicios Públicos No. A197207876
Fecha factura 09Dic2019

PRADA VALBUENA MARTHA
KR 7A ESTE 5A 75 1
Municipio: BOGOTA
Sector: LOS LACHES
Dirección Correspondencia: KR 7A ESTE 5A 75 1
Lote: 05321
Ruta: 13001300297270
Código Postal: 110321220

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Total a pagar 12,720
Pagar antes de 20Dic2019

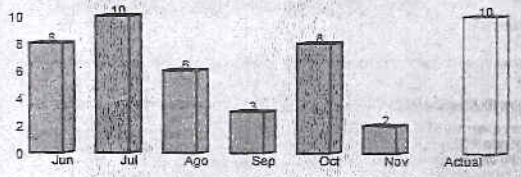
Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
8 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	15,363
AJUSTE DECENA	-4
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-6,228
548-REV.TECNICA REGLAM (009/012)	3,589
SUBTOTAL	$ 12,720
TOTAL	$ 12,720

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 104.46 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 147.06 P.C. : 47.009 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	DM 04-04-5 173509	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	3641	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	3651	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	10	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	07-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	08-Dic-2019	Tarifa	D1

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2012, evita la suspensión del servicio por tu seguridad

Consulta las plazas de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3076121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cufm 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Rés. CREG127/13Kp00,765Kl01,005Kz01,00Pa10,89Pd00,32Altura2477Tme14,2100

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
23Dic2019

(415)7707208029194(8020)16236877061220 19(3900)0000012720

Vanti S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
16236877	A197207876
Fecha factura	Total a pagar
09Dic2019	12,720

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP
Valido Únicamente con sombre y sello del cajero

Autoriza Coljuegos



El año nuevo viene rodando con un 0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente Servihogar, regístrate en servinoticias.com y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los 5 bonos de viaje.



Imagen de referencia

Somos autoretenedores excepto en materia de IVA por facturación ordinaria o estratificación de servicios - Resolución 4959 de julio 17 de 1998. IVA Régimen Común. Facturación según Res. CREG 154 - Septiembre 97. Dic 01 V 2.0 5 - 36

vanti ®
Gas Natural

Parque San Bernardo

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Juliana Sofia Rosero Vigoya

NUI: 1.206.214.388 Genero: M___ F ✓ Edad: 8

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: cll 11 B # 2-78

Barrio: San Bernardo Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 3132382856 Tel Movil 2: 3112460333

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8✓ 10__ 12__ 14__ 16__ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Samuel Rosero **CC:** 1001065641

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Juliana Rosero a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Samuel Rosero **CC.** 1001065641

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud eps-s

JULIANA SOFIA ROSERO VIGOYA
RC 1206214388 Sexo: F Fecha Nac.:08/07/2011
Doc Cabeza Familia:RC 1206214388 Contrato No.: 72515-11001
Fecha de afiliación: 04/03/2013 Valido hasta: Indefinido
Capago: NO Disc.:N Nivel: 1 No ficha sisben:3774254 - 1
BOGOTA BOGOTA-KRA 13 2 91 Zona:U
Localidad3 Dir.: KRA 13 2 91 SAN BERNARDO
IPS Medica. HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
meldagd 25081120144909 31840977

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.206.214.388
ROSERO VIGOYA
APELLIDOS
JULIANA SOFIA
NOMBRES

Juliana
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-2011
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
08-JUL-2029 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
16-JUL-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01037818-F-1206214388-20180914 0062618755A 1 1305049934

enel
codensa

CUPON DE PAGO
<CLIENTE>

Número de Cuenta 314622-7

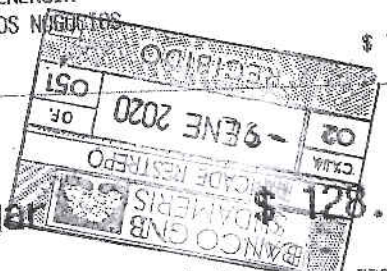
Periodo Facturado Inicial	22 NOV/2019
Periodo Facturado Final	21 DIC/2019
Fecha de Pago Oportuno	07 ENE/2020
Fecha de Suspensión	09 ENE/2020
Tarifa del Mes	NOV/2019
Valor Promedio kWh	$ 52.804,00

CLIENTE

Nombre	LUZ M ROMERO R
Dirección	KR 11 B NO 02 - 78
Municipio	BOGOTA, D.C.
Barrio	SAN BERNARDO
Clase de Servicio	Industrial
Estrato	0

DETALLE DE CUENTA

CONSUMO DE ENERGIA		
528.0388(Valor kWh)x	133(Consumo en kWh)	$ 70.229
CONTRIBUCION RES.079/97-CREG		$ 14.046
EN TUS MANOS RESIDENCIAL Y NO RESIDENCIA		$ 22.970
INTERES MORA CONTRIBUCION (28,37-)		$ 100
INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:28,37- E		$ 500
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)		$ -2
RETROACTIVO SOBRETASA ART 313 L 1955/19		$ 516
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL		$ 20.717
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL		$ -8.287
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBITO		$ 2
ASEO - CUOTA FINANCIACION		$ 7.410
ASEO - INTERES POR MORA		$ 17
SUBTOTAL CONCEPTOS DE ENERGIA		$ 128.750
SUBTOTAL CONCEPTOS OTROS NEGOCIOS		$ 0
SUBTOTAL ASEO		$ 19.859



Total a Pagar $ 128.750

Cargos y Conceptos Correspondientes a la Factura No. 576314013-0

(415)7707209914253(8020)010314622757631401 30(3900)00000000128750

09/01/2020

11:09:22

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0. Cra. 13A No. 93-66.
www.codensa.com.co
VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS.
No. UNICO DE REGISTRO 2-11001000-35

CAI LACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Alfonso Perdomo Maruanda.

NUI: 1058198972 Genero: M X F ____ Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Dg 3a N° 8-59 e.

Barrio: los laches Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3147607225 Tel Movil 2: 3193352853

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ANDREA PERDOMO **CC:** 1022387432

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Alfonso Perdomo Maruanda a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ANDREA PERDOMO **cc.** 1022387432

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.058.198.972**

PERDOMO MARULANDA

APELLIDOS

ALFONSO

NOMBRES

Alfonso

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-2007**

LA DORADA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

26-MAR-2025 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

24-JUN-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00654992-M-1058198972-20150106 0042192152A 6 1162944931

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO EPS S34

capitalsalud eps-s

ALFONSO PERDOMO MARULANDA
RC 1058198972 Sexo: M Fecha Nac.: 26/03/2007
Doc Cabeza Familia:CC30347498 Contrato No.: 72515-11001
Fecha de afiliación: 11/07/2013 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel: 1 No ficha sisben:3649289 - 1
BOGOTA BOGOTA-DG 3 B 59 ESTE Zona: U
Localidad:3 Dir.: DG 3 B 59 ESTE LACHES
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
sandradb 54161220144901 34386372

codensa

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0305423-8

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576861647-5

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

ECOLÓGICO

S.A. ESP.
830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

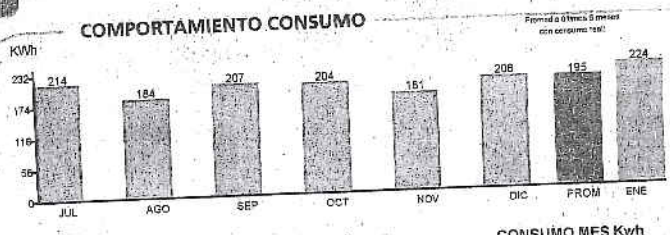
CLIENTE

53889

MARIA ELVIA LOPEZ MORA
DG 3 A NO 8 ESTE - 59

BOGOTÁ, D.C.
LOS LACHES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 27 NOV/2019 A 27 DIC/2019

Valor Kwh prom. $528.03

CONSUMO MES Kwh 224

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 205 0387
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 205 0382
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320719
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	71801
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

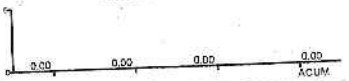
ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

www.enel.com.co
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia
@CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes
21.57 T: 36.95 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

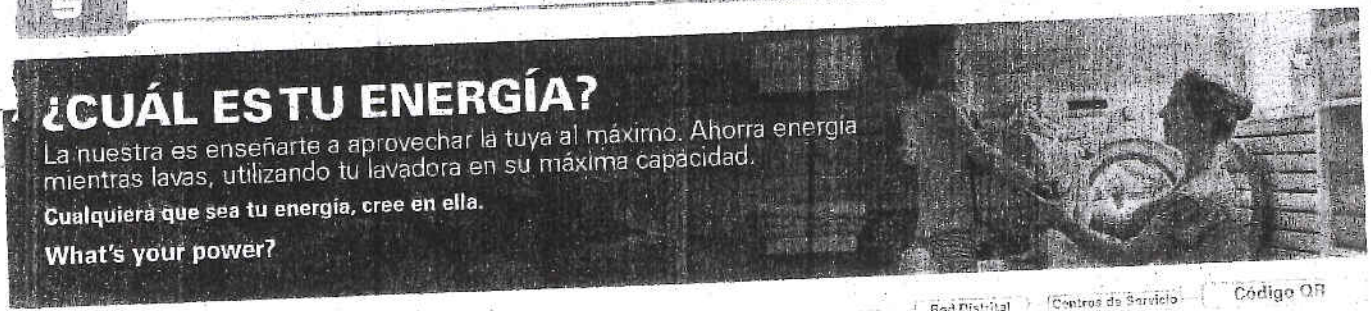
HORAS INTERRUMPIDAS



FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año.
Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Cómo pagar tu factura?

APP Banco
Internet
Débito Automático
Cajero Electrónico
Punto Pago Redeban
Botón de Pago Online
Teléfono Banco
Movii
Davivienda
Nequi

Red Distrital
Centros de Servicio
Código QR

RED CADE
enel
cerca
puntored
Carvajal
pagofácil
éxito
MOVIRED
Baloto
Almacenes de Cadena

53889 AS W

13:195 - Page 1 of 2

CAI LACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Jair stiven Gutierrez Maldonado

NUI: 1034289388 Genero: M X F ____ Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Dg 4b # 8-48 este

Barrio: los laches Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3209783554 Tel Movil 2: ____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Viviana Gutierrez **CC:** 1010171935

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Jair stiven Gutierrez a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Viviana Gutierrez **cc.** 1010171935

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.034.289.388
GUTIERREZ MALDONADO
APELLIDOS
JAIR STIVEN
NOMBRES

stivgutierrez M
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
29-DIC-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
28-SEP-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

1034289388-20161228 0052868394A 1 99884257

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO COMFACUNDI
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - RÉGIMEN SUBSIDIADO

TARJETA DE SALUD 223012

Afiliado 901022241979 67757-1-0000223012
Parent. 550130 Tipo Doc. 2 Contrato: 2013EPSS03
Nombres JAIR STIVEN GUTIERREZ MALDONADO
Tipo Documento RC No. Identidad: 1034289388
Fecha de nacimiento 29/12/2007 Sexo: M
Discapacidad y Tipo Ninguna Sensorial
Fecha de Afiliación 10/11/2012 Valido: INDEFINIDO
Dirección KR 5 N 8 -43 ESTE Localidad: 3
Ips Primaria COMFACUNDI CHAPINERO

FACTURA POR 2 MESES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Línea de atención y emergencias 116 Acualínea
www.acueducto.com.co

NIT. 899.999.094-1

Datos del usuario

CARLOS MALDONADO
DG 4B 8 ESTE 48
SANTA FE LOS LACHES

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

ZONA: 3 **CICLO:** P3 **RUTA:** P33580

Datos del medidor

MARCA: AQUAFORUS NÚMERO: 98AB1012323 TIPO: VOLU015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta 10138583

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos 34273861517

TOTAL A PAGAR $44.278
Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro a terceros (ver al respaldo)

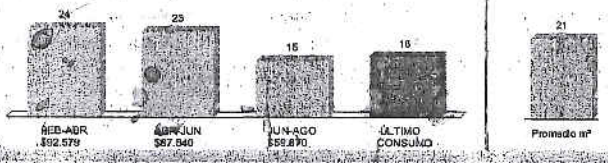
Fecha de pago oportuno NOV/21/2019

Fecha límite de pago para evitar suspensión NOV/26/2019

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	2856	CONSUMO (m³)	16
LECTURA ANTERIOR:	2840		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado AGO/18/2019 - OCT/17/2019

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN NOV/07/2019 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA ENE/14/2020
RANGO CMO-BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad	Costo Valor Unitario	Costo Valor Total	(-)Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar
Acueducto						
Cargo fijo residencial	1	$13.364,32	$13.364	$5.345-	$8.018,59	$8.019
Consumo residencial básico	16	$2.610,03	$41.760	$16.704-	$1.566,02	$25.056
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no esidencial (m3)						
Subtotal Acueducto ❶			$55.124	$22.049-		$33.075
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$6.311,98	$6.312	$2.525-	$3.787,18	$3.787
Consumo residencial básico	16	$2.729,57	$43.673	$17.469-	$1.637,74	$26.204
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado ❷			$49.985	$19.994-		$29.991

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$4	
Dec. 064/12 Min. Vital				$18.792-	
Subtotal Otros Cobros ❸				$18.788-	

Otros conceptos que adeuda	Valor Total
Total otros conceptos que adeuda	

Descuento mínimo vital (12 metros cúbicos sin costo en estrato 1 y 2) $18.792-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ❶+❷+❸+❹ $44.278

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $31.533 CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $1.034

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

Cadena s.a. Nit. 830.059.350-0

CAI LACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: sarah valentina Valencia Gutierrez

NUI: 1010967001 Genero: M___ F__X__ Edad: 8

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: kr 9 # 3a-74

Barrio: los laches Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 3209783554 Tel Movil 2: _____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO __X__ CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO __X__ OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO __X__ COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO __X__ CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__X__ 12__ 14__ 16__ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Viviana Gutierrez **cc:** 1010171935

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Sarah valentina Valencia a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Viviana Gutierrez **cc.** 1010171935

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.010.967.001
VALENCIA GUTIERREZ
APELLIDOS
SARAH VALENTINA
NOMBRES

Sarah valencia
FIRMA



22-MAR-2011
BOGOTA D.C.

22 MAR-2029 O+ F

16 ENE 2013 BOGOTA D.C.

compensar

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) OSCAR JAVIER VALENCIA CUERVO identificado(a) con cedula ciudadania 80.764.802, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa BANCO COLPATRIA RED MULTIBANCA COLPATRIA S A NIT 860034594, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180129	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
VIVIANA MARCELA GUTIERREZ MALDONADO	CP	1010171935	CC	20170701	0	Activo	121
SARAH VALENTINA VALENCIA GUTIERREZ	HI	1010967001	TI	20170701	0	Activo	121
ANA SOFIA VALENCIA GUTIERREZ	HI	1012922512	RC	20170701	0	Activo	121
JUANA LUCIA VALENCIA GUTIERREZ	HI	1012923067	RC	20170701	0	Activo	121
MARIA ISABEL VALENCIA GUTIERREZ	HI	1021318482	RC	20181217	0	Activo	28
DANIEL ESTEBAN VALENCIA GUTIERREZ	HI	1034309763	RC	20170701	0	Activo	121

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2.019

Observaciones:

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

2513293-9

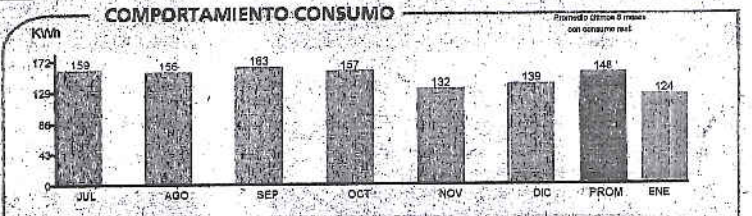
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576881696-1

CLIENTE

53837

MARIA CRIOLLO
KR 9 ESTE NO 3 A - 74
LOS LACHES
BOGOTÁ, D.C.
LOS LACHES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO: 27 NOV/2019 A 27 DIC/2019

Valor Kwh prom $528.03

CONSUMO MES Kwh 124

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 205 0332
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 205 0331
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320722
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	11076329
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co

@CodensaEnergia

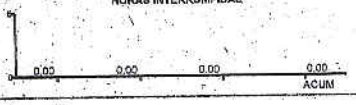
App Móvil Enel-Codensa

@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 35.95 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 3305 de Diciembre de 1997 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3571 de Diciembre 1997

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co/resolucion-CREG-156-11

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o 6 115 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

Salon Comunal Santa Rosa

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: DANIEL JERU PEREZ CRUZ.

NUI: TI 1012921830 Genero: M X F ____ Edad: 8 AÑOS

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: CALLE 10 # 6-65 ESTE

Barrio: SANTA ROSA DE VIMA Tel Fijo: 2333583

Tel Movil 1: 3012360884 Tel Movil 2: 3106730035

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 57786175

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: DANIEL JERU PEREZ CRUZ a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 57786175

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.012.921.830**
PEREZ CRUZ
APELLIDOS
DANIEL JERU
NOMBRES

Daniel Perez
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud eps-s

DANIEL JERU PEREZ CRUZ
RC 1012921830
Sexo: M
Fecha Nac.:25/01/2011
Doc Cabeza Familia:RC 1012921830
Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 24/06/2014
Valido hasta: Indefinido
Cotago: NO
Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:3597336 - 1
BOGOTA
BOGOTA-CL 1D # 6 - 65 ESTE
Localidad3
Dir.: CL 1D # 6 - 65 ESTE
Zona: U
IPS Medico
SANTA ROSA DE LIMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-ENE-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-ENE-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
M
SEXO
13-NOV-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1500150-01047709-M-1012921930-20181129 0063302312A 1 1165222826

codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-6
CL. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escánea el código

ECOLÓGICO

0303679-7

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576863568-3

CLIENTE

3580/6

SIXTO M PEREZ N
CL 1 D NO 6 ESTE - 65

BOGOTÁ, D.C.
EL ROCÍO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 27 NOV/2019 A 27 DIC/2019

Valor Kwh prom. $528,03

CONSUMO MES Kwh 398

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 209 0262
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 209 0256
CARGA KW:	6	MANZANA DE LECTURA:	MS00320676
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	856531
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
T: 136,95 D: 173,19 CV: 47,99 PR: 40,03 R: 8,28 CF: 0,00 / $528,03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

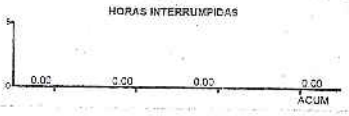
DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

www.enel.com.co
@CodensaEnergía
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergía

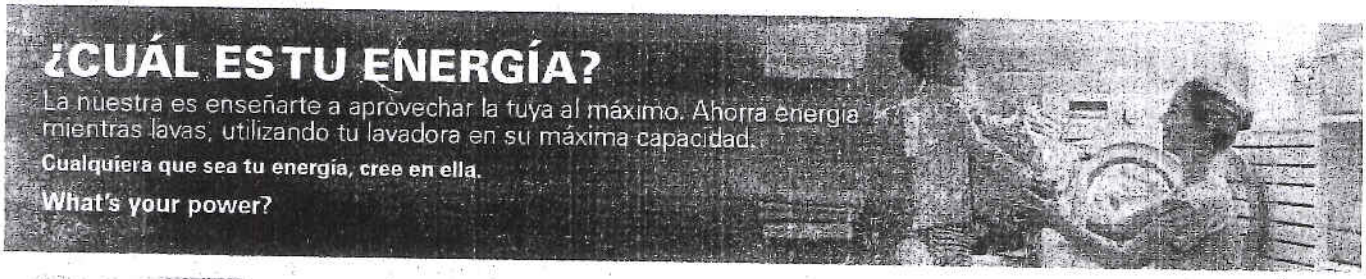
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



Internet
Pronto Pago Redaban
Teléfono Banco
Davivienda
Débito Automático
Cajero Electrónico
Botón de Pago Online
Movii
Nequi
Puntored
Carvajal
pagafácil
éxito
RED CADE
**

Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero - Calle 80.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO

NO COBRAR COPAGO

capital

Datos del afiliado	Identificación	Genero	Fecha Nacimiento
DANIEL JERU PEREZ CRUZ	RC 1012921830	M	25/01/2011
Nivel SISBEN / Municipio	Discapacidad	Parentesco	
1 / 11001		O	
Fecha Afiliación / Telefóno EPS-S	IPS		
24/06/2014 4857500	HOSPITAL CENTRO ORIENTE		

Carné de uso personal e intransferible
Entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud
Resolución de autorización de funcionamiento

línea de Aten
tel: 4854466

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO

NO COBRAR COPAGO

capital

Datos del afiliado	Identificación	Genero	Fecha Nacimiento
SOL MELISA PEREZ CRUZ	RC 1018466641	F	06/03/2012
Nivel SISBEN / Municipio	Discapacidad	Parentesco	
1 / 11001		O	
Fecha Afiliación / Telefóno EPS-S	IPS		
24/06/2014 4857500	HOSPITAL CENTRO ORIENTE		

Carné de uso personal e intransferible
Entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud
Resolución de autorización de funcionamiento

Capilla Guavio

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: LAYRA JOSE MIRANDA MENDOZA.

NUI: 1425124411 Genero: M___ F_X_ Edad: 10 años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: CALLE 603 ESTE

Barrio: EL GUAVIO Tel Fijo: 4585935

Tel Movil 1: 3227707627 Tel Movil 2: 3008700240

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO _X_ CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO _X_ OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO _X_ COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _X_ NO _____ CUAL? USO LENTES

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8__ 10__ 12__ 14_X_16__ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: _____ **CC:** 21601505

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Layra Miranda a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: _____ **CC.** 21601505

Paciente: LAYRA JOSE MIRANDA MENDOZA
Identificación: CE 941001

compensar | salud

2020-01-04

CERTIFICACIÓN

"El profesional suscrito certifica que el paciente en mención se encuentra en buen estado de salud y no presenta evidencia de patologías infectocontagiosas, por lo cual puede desarrollar sus actividades en la comunidad, sin representar riesgo alguno. Al examen físico tiene buena motricidad, percepción auditiva y ocular. Sus medidas antropométricas son Peso: 39,5 KG Talla:146,5 CM
Observaciones:

La presente certificación se expide a solicitud del interesado."

Cordialmente

Dra. Diana Méndez G.
PEDIATRA
C.C. 1082.371.965

MENDEZ GARCIA DIANA PAOLA,PEDIATRIA

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Avenida 68 No. 49 A - 47 PBX:4285088-FAX:4285088 www.compensar.com

Certificado de Estado de Salud Oral

ISO 9001 icontec SC 5892-10 IQNet compensar | salud

Certifico que el Niño / Niña Layra Jose Miranda Mendoza con identificación CE 941001 estuvo en el servicio de Salud Oral de Compensar y el resultado de su evaluación es Paciente se encuenta en tratamiento odontológico

La presente se expide a solicitud del interesado

10 enero 2020

compensar | salud
María Angélica de la Peña
Odontopediatra

Firma Autorizada

FOR-PSS-0052

VIGILADO Supersalud
VIGILADO
LAPS 22-05-2012

Certificado de Estado de Salud Oral

ISO 9001 icontec SC 5892-10 IQNet compensar | salud

Certifico que el Niño / Niña Melany Martha Miranda Mendoza con identificación MS 932005 estuvo en el servicio de Salud Oral de Compensar y el resultado de su evaluación es Paciente se encuenta en tratamiento odontológico

VIGILADO Supersalud
LAPS 22-05-2012

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Migración Colombia
Permiso Especial de Permanencia (PEP)

MIGRACIÓN

No. 941001408032009

Apellido(s)
MIRANDA MENDOZA

Nombre
LAYRA JOSE

Cédula de Identidad
142512441



Sexo:
F

Nacionalidad
VENEZOLANA

Fecha de Nacimiento
2009/03/08

Fecha de Expedición
2018/03/26

Vigencia inferior a dos (2) años a partir de su expedición.

Número de cuenta / Referencia de pago

612505

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21, L a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fija o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Factura de Servicios Públicos No. A198812231
Fecha factura 24Dic2019

RUIZ SALAZAR LEONARDO
CL 6D 3 ESTE 59 2
Municipio:
BOGOTA
Dirección Correspondencia: CL 6D 3 ESTE 59 2
Lote: 18321

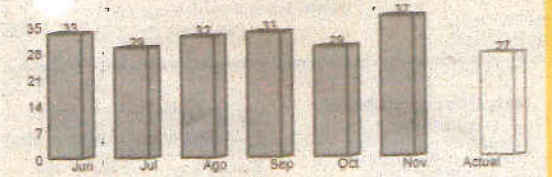
Codigo Postal: 110321183
Sector:
BELEN
Ruta: 13001300361010

Total a pagar 24,500
Pagar antes de 13Ene2020

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.071

Sus [illegible]mos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 284.01 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 141.07 P.C.: 48.686 MJ/M3

Para su información
No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	YZ 95-98-4 148161	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	8364	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	8411	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	27	Estrato/Categoría	2
Fecha lectura	23-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha factura	21-Dic-2019	Tarifa	D1

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: **Nueva factura en papel más ecológico**

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION,	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
20 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	38,407
CONS. SIN SUBSIDIO =	
1 M³ X 1659,5700 PESOS/M³	1,660
AJUSTE DECENA	3
MENOS SUBSIDIO (40.5%)	-15,570
SUBTOTAL	$ 24,500
TOTAL	$ 24,500

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es de responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2012, entre la suspensión del servicio por los siguientes

Consulte los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CU:vm1659.57($/m3) Gm879.48 Trm499.95 Dm 439.89 Componente Cu:m 3119.00($/Factura) Dim0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Com0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,764K101,005Kz01,00Pa10,87Pd00,32Altura2477Tme14,1100

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
14Ene2020

(415)7707208029194(8020)006125052122019(3900)0000024500

Vanti S.A. ESP. NIT. 900.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
612505	A198812231
Fecha factura	Total a pagar
24Dic2019	24,500

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

Valido únicamente con timbre y sello del cajero

Autoriza Coljuegos



El año nuevo viene rodando con un 0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente Servihogar, regístrate en servinoticias.com y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los 5 bonos de viaje.



vanti Gas Natural

Numero de cuenta / Referencia de pago

612505

Factura de Servicios Públicos No. A198812231

Fecha factura 24Dic2019

RUIZ SALAZAR LEONARDO
CL 6D 3 ESTE 59 2
Municipio:
BOGOTA
Dirección Correspondencia: CL 6D 3 ESTE
Lote: 18321

Sector:
BELEN
59 2
Ruta: 13001300361010

Codigo Postal:
110321183

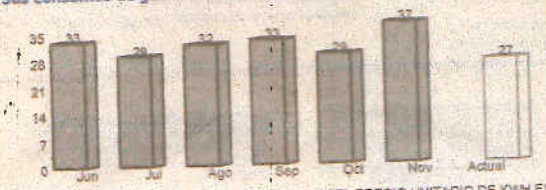
Total a pagar 24,500

Pagar antes de 13Ene2020

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 284.01 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 141.07 P.C. : 46.868 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	YZ 98-98-4 148161	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	6384	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	8411	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	27	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	23-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	21-Dic-2019	Tarifa	D1

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cufm 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,784Kt01.005Ka01.00Ps10.87Pd00,32Altura2477Tmin14,1100

Vigilado vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUR: 2 1700 000 4

Vanti

www.grupovanti.com

Línea de atención al cliente
307 81 21, L a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Linea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 20 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	38,407
CONS. SIN SUBSIDIO = 1 M³ X 1659,5700 PESOS/M³	1,660
AJUSTE DECENA	3
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-15,570
SUBTOTAL	$ 24,500
TOTAL	$ 24,500

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2013, antes de suspensión del servicio por tu seguridad

Consulta los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
14Ene2020

(415)7707208029194(8020)006125052112201 9(3900)0000024500

Vanti S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
612505	A198812231
Fecha factura	Total a pagar
24Dic2019	24,500

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

Valido únicamente con timbre y/o sello del cajero



El año nuevo viene rodand
con un 0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁC
Si eres cliente Servihogar, regístrate en servinoticias.
participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km de los 5 bonos de viaje.



vanti
Gas Na

Salon comunal El Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Joel Esteban Gonzalez Devia

NUI: 1010212307 Genero: M X F ____ Edad: 8 años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Cra 11 este #2-08

Barrio: Consuelo Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 3125195318 Tel Movil 2: _____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: [signature] **CC:** 52375521

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Joel Esteban G a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: [signature] **CC.** 52375521

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.010.212.307

GONZALEZ DEVIA

APELLIDOS

JOEL ESTEBAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-2011

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-DIC-2029 — FECHA DE VENCIMIENTO

O+ — G.S. RH

M — SEXO

20-DIC-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01059951-M-1010212307-20190206 0064418351A 1 1165275936

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010212307
NOMBRES	JOEL ESTEBAN
APELLIDOS	GONZALEZ DEVIA
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	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	29/12/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/10/2020 12:01:22	**Estación de origen:**	190.27.17.82

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pagar por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

7231174

Factura de Servicios Públicos No. A197206752

Fecha factura 09Dic2019

GARCIA CONSUELO
KR 118 ESTE 2 8
Municipio: BOGOTA
Dirección Correspondencia: KR 118 ESTE 2 8
Lote: 05321
Sector: LOS LACHES
Ruta: 13001300306890
Código Postal: 110321308

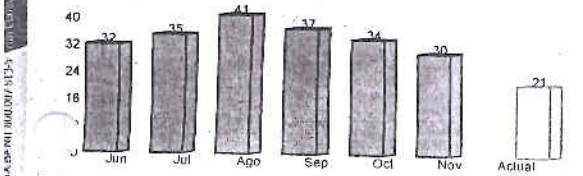
Total a pagar 18,270

Pagar antes de 20Dic2019

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 208.92 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 147,06 P.C. ; 47,009 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	DA 01-01-5 203619	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	7794	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	7815	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	21	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	07-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	06-Dic-2019	Tarifa	D1

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com
@grupovanti @grupovanti Grupo Vanti

vanti

Línea de atención al cliente
307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 942 794 (opción 4)

Línea de urgencias,
reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: **Nueva factura en papel más ecológico**

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION		VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 16 M³ X 1920,3300 PESOS/M³		30,725
AJUSTE DECENA		1
MENOS SUBSIDIO	(40,5%)	-12,456
SUBTOTAL		$ 18,270
TOTAL		$ 18,270

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es de carácter periódico y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Ley (artículo 67 Ley 2019), para la suspensión del servicio por su seguridad.

Consulta los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm678.48 Tm498.95 Dm 439.69 Componente Cufm 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,765Kl01,005Kz01,00Pa10,89Pd00,32Altura2477Tme14,2100

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
23Dic2019

(415)7707208029194(8020)072311740612201 9(3900)0000018270

Vanti S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
7231174	A197206752
Fecha factura	Total a pagar
09Dic2019	18,270

Si cancela con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP
Válido únicamente con timbre y/o sello del cajero

Somos autorretenedores, calculo en relación de interés por financiación o extensión plazo de servicio - Resolución 0005 de julio 17 de 1994 IVA Régimen Común. Facturación según Res. CREG 134 Septiembre 97 Dic 01 1 de 1 - 5





0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente **Servihogar**, regístrate en **servinoticias.com** y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los **5 bonos de viaje**.



vanti
Gas Natural

Salon Comunal Santa Rosa

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: SOL MELISA PEREZ CRUZ.

NUI: TI 1078466641 Genero: M___ F X Edad: 7 AÑOS

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: CALLE 1D # 6-65 ESTE

Barrio: SANTA ROSA DE LIMA Tel Fijo: 2333583

Tel Movil 1: 3093608841 Tel Movil 2: 3106730035

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8 X 10__ 12__ 14__ 16__ Otro:___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 51786175

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: SOL MELISA PEREZ CRUZ a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 51786175

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.018.466.641**
PEREZ CRUZ

APELLIDOS
SOL MELISA

NOMBRES

Sol Melisa Perez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-2012**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-MAR-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

10-JUN-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
G.S. RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083469-F-1018466641-20190712 0066330424A 1 1165516592

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO

NO COBRAR COPAGO

capital

Datos del afiliado	Identificación	Genero	Fecha Nacimiento
DANIEL JERU PEREZ CRUZ	RC 1012921830	M	25/01/2011
Nivel SISBEN	**Municipio**	**Discapacidad**	**Parentesco**
1	11001		O
Fecha Afiliación	**Teléfono**	**EPS-S**	**IPS**
24/06/2014	4857500		HOSPITAL CENTRO ORIENTE

Carné de uso personal e intransferible
Entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud
Resolución de autorización de funcionamiento

Linea de Aten
Tel: 4854466

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
REGIMEN SUBSIDIADO

NO COBRAR COPAGO

capital

Datos del afiliado	Identificación	Genero	Fecha Nacimiento
SOL MELISA PEREZ CRUZ	RC 1018466641	F	06/03/2012
Nivel SISBEN	**Municipio**	**Discapacidad**	**Parentesco**
1	11001		O
Fecha Afiliación	**Teléfono**	**EPS-S**	**IPS**
24/06/2014	4857500		HOSPITAL CENTRO ORIENTE

Carné de uso personal e intransferible
Entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud
Resolución de autorización de funcionamiento

codensa

ECOLÓGICO

0303679-7

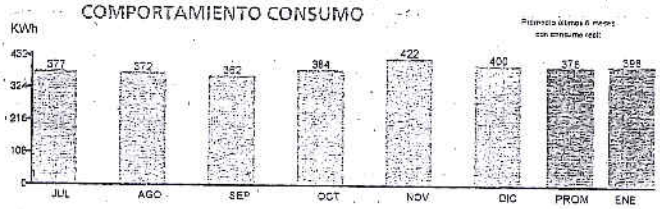
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576863568-3

CLIENTE

SIXTO M PEREZ N
CL 1 D NO 6 ESTE - 65

BOGOTÁ, D.C.
EL ROCÍO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$526.03	398

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 209 0262
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 209 0256
CARGA kW:	6	MANZANA DE LECTURA:	MS00320676
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	856531
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
CU: 173.19 CV: 47.85 PR: 40.03 R: 8.58 CF: 0.00 / $628.03 Costo kWh Mes

FECHA EDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

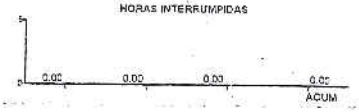
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	7 115 115
EMERGENCIAS	115
DENUNCIAS	5 894 894 denuncias@enel.com
DEFENSOR DEL CLIENTE	defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE	110

www.enel.com.co — @CodensaEnergía

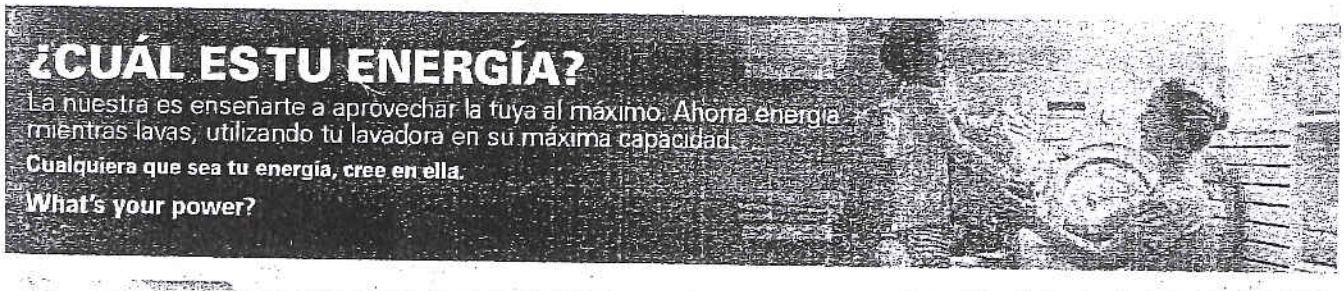
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergía

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año.
Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



Intsmet · Pasito Pago Redaban · Teléfono Banco · Davipinta · Débito Automático · Cajero Electrónico · Botón de Pago Online · Movil · Nequi · Carvajal · puntored · pagofácil · exito · RED CADE · ** · COMUNA

Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

Salon Comunal Londres

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Andy Damian. Vargas Garcia.

NUI: 1016 720 655. Genero: M X F ____ Edad: 10. Años.

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Calle 3 A #49.

Barrio: Las cruces. Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 320 868 4773. Tel Movil 2: 322. 278 27 64.

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Claudia C Gaviria Pulido **cc:** 52 439338. Bta.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Andy Damian Vargas Garcia. las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Claudia C Gaviria A. **cc.** 52439338 Bta

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.016.720.655**

VARGAS GARCIA

APELLIDOS

ANDY DAMIAN

NOMBRES

Andy damian Va

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

28-MAR-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

10-ABR-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A- G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00908640-M-1016720655-20170601 0055581942A 1 1164391791

Salud Total EPS S

Bogotá, Enero 10 de 2020

Señor:
VARGAS CASALLAS JESUS ARNOLD
CC. 80067745
CL 3 3A 26 - 0
Ciudad

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

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

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
VARGAS GARCIA ANDY DAMIAN	1016720655	R	Jul-13-2016	116	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GARCIA TRUJILLO CLAUDIA CAROLINA	52439338	C	Jul-13-2016	116	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
VARGAS CASALLAS JESUS ARNOLD	80067745	C	May-27-2016	117	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AGUAS DE BOGOTA S A ESP	80067745	Dependiente	CERRADO
DICKVAN VELASQUEZBOTELLO	80067745	Dependiente	CERRADO
KRIBA INGENIEROS LTDA	80067745	Dependiente	CERRADO
PROMOAMBIENTAL DISTRITO S A S ESP	80067745	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Adriana Patricia Gonzalez Chipatecua - Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

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

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0297269-9

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 573186815-6

CLIENTE

45978

ANTONIO M SANABRIA
CL 3 NO 3 A - 49 PI 1
INST CRA 4 2B 40 46
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
25 OCT/2019 A 26 NOV/2019	$524.19	48

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 209 0270
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 209 0272
CARGA kW:	7	MANZANA DE LECTURA:	MS00320241
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	539134
		MEDIDOR NO:	

Presentas una variación en tu consumo habitual de Energía, te invitamos a consultar las posibles causas de la variación en nuestro sitio www.enel.com.co en la sección Personas/Información Destacada/Variación consumo





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:216.92 T: 35.79 D: 170.54 CV: 48.39 PR: 39.49 R: 12.04 CF: 0.00 / $524.19 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 29 NOV/2019

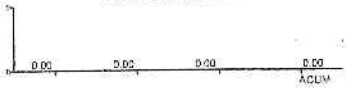
Contáctenos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS
7 115 115	115
DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE	
110	

www.enel.com.co — @CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergia

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA



Si para la decoración navideña de tu hogar, no te alcanzan los toma corrientes, es mejor que instales más. Evita usar multitomas o adaptadores de este tipo.

¿TU ENERGÍA YA SE CONECTA CON LAS OPORTUNIDADES?

Disfruta de las experiencias que puedes ganar con Conecta: nuestro programa de lealtad, en el que sumas puntos y accedes a beneficios con nuestros aliados en deportes:

INSTAFIT sportlife

Regístrate en www.enelconecta.com.co
¡Conéctate y punto!

What's your power?

Conecta

Sulon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Angelo David Escandón Moreno

NUI: 1'034.298.112 Genero: M X F ____ Edad: 9 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Calle 3 # 3A-49

Barrio: Las Cruces Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 312-5113351 Tel Movil 2: _____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 X 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: José A Escandón Q **cc:** 79576830

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Angelo David Escandón Moreno a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: José A Escandón **cc.** 79576830

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.034.298.112**

ESCANDON MORENO

APELLIDOS

ANGELO DAVID

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

28-AGO-2028 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

04-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00965075-M-1034298112-20171229 0058990233A 1 1234646634

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO EPS554

capitalsalud eps-s

ANGELO DAVID ESCANDON MORENO
RC 1034298112 Sexo: M Fecha Nac.:28/08/2010
Doc Cabeza Familia:CC1021392497 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 09/09/2010 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben: 1782270 - 1
BOGOTA BOGOTA-CR 4 3A 49 Zona: U
Localidad3 Dir.: CR 4 3A 49 LOURDES
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
auraym 21211820150605 31397543

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0297269-9

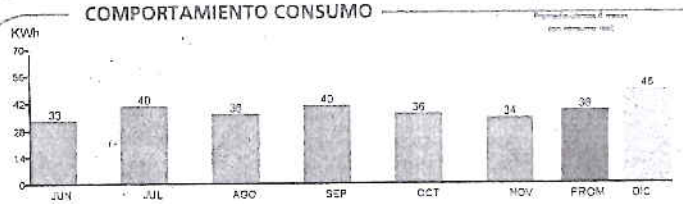
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 573186515-6

CLIENTE

45978

ANTONIO M SANABRIA
CL 3 NO 3 A - 49 PI 1
INST CRA 4 2B 40 46
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
25 OCT/2019 A 26 NOV/2019	5524,19	46

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 209 0270
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 209 0272
CARGA kW:	7	MANZANA DE LECTURA:	MS00320241
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	539134
		MEDIDOR NO:	

Presentas una variación en tu consumo habitual de Energía, te invitamos a consultar las posibles causas de la variación en nuestro sitio www.enel.com.co en la sección Personas/Información Destacada/Variación consumo





Contáctanos

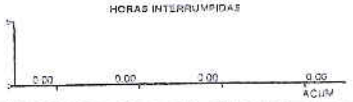
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115
EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com
DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:216.92 T: 36.79 D: 170.54 CV: 48.39 PR: 39.48 R: 12.04 CF: 0.00 / $524.19 Costo kWh Mes

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh



FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 28 NOV/2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si para la decoración navideña de tu hogar, no te alcanzan los toma corrientes, es mejor que instales más. Evita usar multitomas o adaptadores de este tipo.

¿TU ENERGÍA YA SE CONECTA CON LAS OPORTUNIDADES?

Disfruta de las experiencias que puedes gener con Conecta: nuestro programa de lealtad, en el que sumas puntos y accedes a beneficios con nuestros aliados en deportes:

INSTAFIT SUPERGOL SPORTLIFE

Regístrate en www.enelconecta.com.co
¡Conéctate y punto!
What's your power?

Conecta

Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Laura Dayana Escandón Moreno

NUI: 1.034.298.111 Genero: M ___ F X Edad: 9 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 3#3A-49

Barrio: Las Cruces Tel Fijo: ___

Tel Movil 1: 312-5113351 Tel Movil 2: ___

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL ___

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION ___

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA ___

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? ___

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 X 12 __ 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual ___

Firma Acudiente: José A Escandón Q **cc:** 79576830

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Laura Dayana Escandón Moreno a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: José A Escandón Q **cc.** 79576830

Alcaldía de Bogotá



FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-AGO-2028 AB- F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
04-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1500150-00865075-F-1034298111-20171229 0058990229A 1 1234646622



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.034.298.111
ESCANDON MORENO
APELLIDOS
AURA DAYANA
NOMBRES
Laura Dayana Escandón
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud eps-s

LAURA DAYANA ESCANDON MORENO
RC 1034298111 Sexo: F Fecha Nac.:28/08/2010
Doc Cabeza Familia:CC1021392497 Contrata No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 28/08/2010 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben: 1782270 - 1 Zona:U
BOGOTA BOGOTA-CR 4 3 A 49 LAS CRUCES
Localidad3 Dir.: CR 4 3 A 49 3339194
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E. 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E
wilmermg 2831 1020171207 31396560

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0297269-9

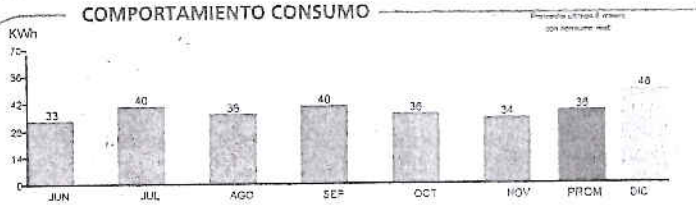
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 573186815-6

CLIENTE

45978

ANTONIO M SANABRIA
CL 3 NO 3 A - 49 PI 1
INST CRA 4 2B 40 46
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 25 OCT/2019 A 26 NOV/2019

Valor Kwh prom. $524,19

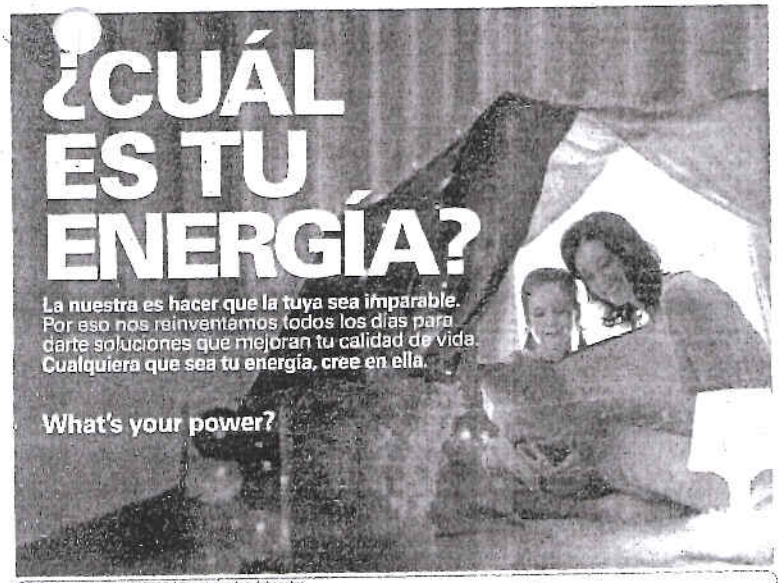
CONSUMO MES Kwh 48

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 209 0270
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 209 0272
CARGA kW:	7	MANZANA DE LECTURA:	MS00320241
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	539134
		MEDIDOR NO:	

Presentas una variación en tu consumo habitual de Energía, te invitamos a consultar las posibles causas de la variación en nuestro sitio www.enel.com.co en la sección Personas/Información Destacada/Variación consumo





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co

App Móvil Enel-Codensa

@CodensaEnergia

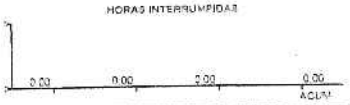
@CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:216.92 T: 36.79 D: 170.54 CV: 48.39 PR: 39.49 R: 12.04 GP: 0.00 / $524,19 Costo kWh Mes

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0,00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 28 NOV/2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si para la decoración navideña de tu hogar, no te alcanzan los toma corrientes, es mejor que instales más. Evita usar multitomas o adaptadores de este tipo.

¿TU ENERGÍA YA SE CONECTA CON LAS OPORTUNIDADES?

Disfruta de las experiencias que puedes ganar con Conecta: nuestro programa de lealtad, en el que sumes puntos y accedes a beneficios con nuestros aliados en deportes:

INSTAFIT SUPERGOL SPORTLIFE

Regístrate en www.enelconecta.com.co
¡Conéctate y punto!

What's your power?

Conecta

Iglesia Perseverancia
MAFE
RECIBO

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Miguel Angel Rivero Zuñiga.

NUI: 1027285780 Genero: M X F ____ Edad: 8

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Cra 4 Bis #30-17.

Barrio: La macarena. Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3203365956. Tel Movil 2: ____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 1015413608.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Miguel Rivero Zuñiga a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Rafael Rivero Otalora **CC.** 1015413608.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.027.285.780

RIVEROS ZUÑIGA

APELLIDOS

MIGUEL ANGEL

NOMBRES

Miguel Riveras

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-2011

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-MAR-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

21-FEB-2019 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G.S. RH

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANNI ESTHER ZUÑIGA PEREA identificado(a) con cedula ciudadania 1.036.394.374, se encuentra Afiliado 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
20190504	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
MIGUEL ANGEL RIVEROS ZUÑIGA	HI	1027285780	TI	20190501	0	Activo	103

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
LICEO BETHESDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
12695587

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0
Cra. 13A No. 93-66 | www.codensa.com.co

DUPLICADO

DUPLICADO DE FACTURA

NUMERO DE CUENTA **436680 6**

FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS No. 559626223 7

Fecha de expedicion 02 August

Periodo 28-Jun-19 hasta 30-Jul-19

DATOS DEL CLIENTE

JONATHAN OSWALDO CASTRO
BOGOTÁ, D.C. KR 4 BIS N 30-17/19
BARRIO LA MACARENA
TELEFONO 3202819
REPARTO ESPECIAL: N
CIRCUITO PLANETARIO

ESTRATO 4
SERVICIO 436680
Residencial
Ruta 30004044050265

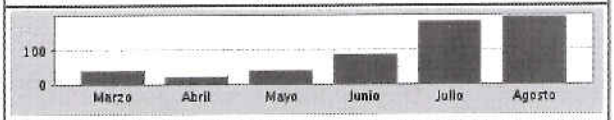
NIVEL DE TENSION 1
No. MEDIDOR 9004671
No. MEDIDOR 0
CARGA CONTRATADA 15.0

INFORMACION DE CONSUMO

TARIFA	LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	DIFERENCIA	FACTOR	TOTAL CONSUMO
EAFP	74778.0	74588.0	190.0	1.0	190.0

ENERGIA CONSUMIDA	190.0
ENERGIA FACTURADA	190.0
VALOR PROMEDIO DEL KWH	502.2157
TARIFA MES	AUGUST 2019

CONSUMO
Ultimos 6 meses — Promedio ultimos 6 meses:64.00



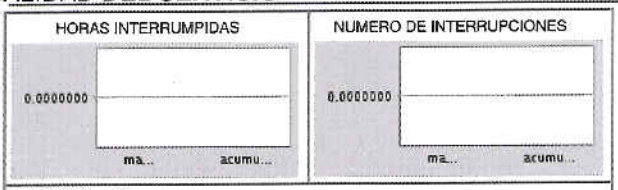
G: 199.919 T: 32.6614 D: 170.017 CV: 45.7999 PR: 35.8892 R: 17.9267
CU: 502.214 CF: 0.0 CU OPCION TARIFARIA:$ 502.214
TIPO LECTURA Real
ANOMALIA Facturacion Normal

OCT

DETALLE DE CUENTA

CODIGO	CONCEPTO	SUBTOTAL
E020	CONSUMO ACTIVA SENCILLA	$95,421
E755	INTERES POR MORA (RES:6%-	$73
E997	AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-4
	SUBTOTAL	95,421

CALIDAD DEL SERVICIO



PERIODO 8.0

FECHA DE PAGO OPORTUNO	FECHA DE SUSPENSION
12 August 2019	14 August 2019

TOTAL A PAGAR $ 95,490

INFORMACION DE INTERES

Si paga despues de esta fecha se cobraran intereses de mora en la siguiente factura

SI LA FECHA DE PAGO ESTA VENCIDA PAGA EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS
CALLE 80: Calle 80 No. 89 15 GALERÍAS: Calle 53 No. 22 53 SAN DIEGO: Cra. 7 No. 32 84 SUBA: Tr. 60 No. 128A 26
SUBA RINCÓN: Tr. 91 No. 127 10 SOACHA DESPENSA: Calle 12 No. 9 05 VENECIA: Autopista Sur No. 54A 07
SANTA LIBRADA: Calle 70 No. 00 79 sur KENNEDY: Cra 78B No. 38B 30 sur RESTREPO: Cra 21 No. 15 28 SUR

CUALQUIER INQUIETUD COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION. EN BOGOTA FONOSERVICIO 115 – CUNDINAMARCA 01-8000-912-115 ó 4-19-72-72

DESPRENDIBLE PARA EL BANCO

CODENSA S.A. ESP NIT.: 830.037.248-0 | Cra. 13A No. 93-66

No. DE CUENTA	436680 6
No. DE FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS	559626223 7
FECHA DE PAGO OPORTUNO	**12 August 2019**
FECHA DE SUSPENSION	14 August 2019
TOTAL A PAGAR	95490

DESPRENDIBLE PARA EL BANCO

(415)7707209914253(8020)010436680655962622 37(3900)00000000095490

www.CODENSA.com.co

Somos agentes retenedores de IVA e ICA. Somos grandes contribuyentes según Res. No. 3371 de diciembre 1997. Somos autorretenedores según Res. No. 3305 de Diciembre de 1997.

IVA régimen común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999. VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS NIT 830.037.248-0

Recibo

Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Danna Paola Londoño Menzalda.

NUI: 1016 3955 59. Genero: M___ F X Edad: 13

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 2B # 3A 03.

Barrio: Lourdes. Tel Fijo: 3102107926.

Tel Movil 1: 3003856508. Tel Movil 2: 3116042733.

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X. CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16__ Otro: S Cual ____

Firma Acudiente: Wendy Menzalda. **CC:** 1127554285.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Danna Paola Londoño Menzalda. las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 52025816.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.595.559
LONDOÑO MERIZALDE
APELLIDOS
DANNAHE PAOLA
NOMBRES



Dannahe Londoño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-2006
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
08-MAR-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
F
SEXO
05-FEB-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00965249-F-1016595559-20180307 0059832342A 2 1464819514

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9

DANNAHE PAOLA LONDOÑO MERIZALDE
TI 1016595559 Sexo: F Fecha Nac.:08/03/2006
Doc Cabeza Familia:TI 1016595559 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 01/01/2016 Valido hasta: Indefinido
Copago: SI Disc:N Nivel: 2 No ficha sisben:463610 - 1
BOGOTA BOGOTA-CL 2 B 3 A 03
Localidad3 Dir.: CL 2 B 3 A 03 Zona: U
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E LOURDES
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
leidygm 49190820184604 35005375 3339194

enel

Cadena

earth pact

PAPEL ECOLÓGICO

0297101-5

FACTURA DE SERVICIOS

CLIENTE

46529

MARIA TERESA ORTEGA
CL 2 B NO 2 A - 3

BOGOTA, D.C.
GIRARDOT

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO

Valor Kwh pesos

CONSUMO MES Kwh

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0019
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0050
CARGA KW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00371142
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	12195178
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual

¿VIVIR TRANQUILO TE DA ENERGÍA?

LIBÉRATE DE LAS DEUDAS QUE TIENES CON NOSOTROS!

Llámanos al 353 42 88

What's your power?

Contáctanos

FIJOS SERVICIO AL CLIENTE: 7 115 115	EMERGENCIAS: 115
DENUNCIAS: 5 894 894	DEFENSOR DEL CLIENTE
ASEO SERVICIO AL CLIENTE: 110	

www.enel.com.co

@CadenaEnergia

App MiAE Enel-Cadena

@CadenaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUPCIÓN

Pasivo

Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Heylin Daniela Eslava Labastidas.

NUI: 1032680115 Genero: M___ F X Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 2B #3803

Barrio: Lourdes Tel Fijo: 310 2107926

Tel Movil 1: 300 3856508 Tel Movil 2: 3116042733

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Diana Labastidas **CC:** 1032389714

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Heylin Daniela eslava Labastidas a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: ____ **CC.** 52025816.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.032.680.115
ESLAVA LABASTIDAS
APELLIDOS
HEYLIN DANIELA
NOMBRES

Heylin Eslava
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-NOV-2025 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
12-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00721286-F-1032680115-20150713 0044914229A 3 40213185

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.226.372-9
CÓDIGO: EPS534

capitalsalud eps-s

HEYLÍN DANIELA ESLAVA LABASTIDAS
TI 1032680115 Sexo: F Fecha Nac.:04/11/2007
Doc Cabeza Familia:CC 1032389214 Control a No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 29/09/2015 Valida hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel. I No.ficha sisben:4832157 - 1
BOGOTA BOGOTA-KR 82 A 13 A 134 Zona:U
Localidad:8 Dir.: KR 82 A 13 A 134 ANDALUCIA
IPS Medica: HOSPITAL DEL SUR P.N.A. E.S.E 2731819
IPS Odontologica: HOSPITAL DEL SUR P.N.A. E.S.E 2731819
laboral 18100720180201 31177797

enel

Fedeta

earth pact

PAPEL ECOLOGICO

0297101-5

CLIENTE

MARIA TERESA ORTEGA
CL 2 B NO 3 A - 9

BOGOTA D C
GIRARDOT

COMPORTAMIENTO CONSUMO



INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0019
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0053
CARGA KW:	2	MANZANA DE LECTURA:	M500321142
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	12105176
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



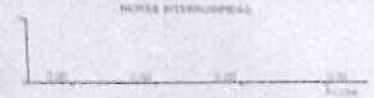
Contáctanos

7 116 115	115
5 894 894	
110	

www.enel.com.co
Apo Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia
@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh



Resivo

Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Paola Katherine Eslava Labastidas.

NUI: 1032678988 Genero: M___ F X Edad: 13

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 2 B #3A 03

Barrio: Lourdes Tel Fijo: 3102107926

Tel Movil 1: 3003856508 Tel Movil 2: 3116042783

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL

_____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL?

_____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8__ 10__ 12__ 14__ 16 X Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Paola Labastidas **CC:** 1032389.714

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Paula Katherine Eslava a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: _____ **CC.** 52025816

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.032.678.988
ESLAVA LABASTIDAS
APELLIDOS

PAULA KATHERINE
NOMBRES

Paula K. Eslava L.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2006
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-AGO-2024 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
06-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00647751-F-1032678988-20141126 0041395658A 3 40210108

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.226.372-9
CARNÉ 00265

capital

PAULA KATHERINE ESLAVA LABASTIDAS
TI 1032678988 Sexo: F Fecha Nac :20/08/2006
Doc Cabeza Familia:CC 1032389214 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 19/06/2015 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben: 832157 1
BOGOTA BOGOTA-KR 82 A 13 A 134 Zona:U
Localidad:8 Dir.: KR 82 A 13 A 134 ANDALACIA
IPS Medica: HOSPITAL DEL SUR P.N.A. E.S.E 2731819
IPS Odontologica: HOSPITAL DEL SUR P.N.A. E.S.E 2731819
laurabl 65100720180201 30950957

enel

0297101.5

PAPEL ECOLOGICO

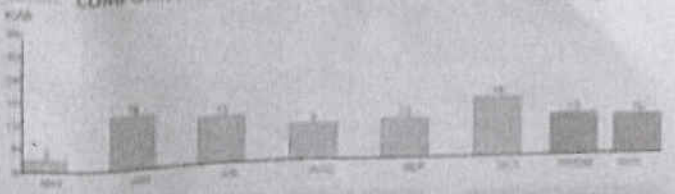
CLIENTE

46529

MARIA TERESA ORTEGA
CL 2 B NO 3 A 3

BOGOTA, D.C.
GIRARDOT

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO
Valor Kw/h pesos
CONSUMO MES Kwh
10

INFORMACION DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0219
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0353
CARGA KW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS0C321142
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	12105178
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





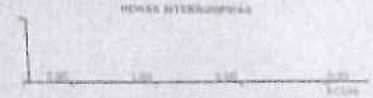
Contáctanos

7 115 115	115
5 894 894	
110	

www.enel.com.co
Apps Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia
@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh




enel
ECOLÓGICO
0297101 5
CUENTA
MARIA TERESA ORTEGA
En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.
¿VIVIR TRANQUILO TE DA ENERGÍA?
Llámanos al 353 42 88
What's your power?
Contáctanos
7 115 115
115
3 654 894
110
Si necesitas conectar varios electrodomésticos es mejor instalar más tomacorrientes. Evita el uso de multitomas o adaptadores de este tipo.
¿TU ENERGÍA SE TRANSFORMA SIMPLIFICANDO TU VIDA?
What's your power?

Salon Comunal Girardot

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Jusset Jeanpierre Melo Cifuentes.

NUI: 1016717916 Genero: M X F ____ Edad: 11

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Kr 3 # 2-19 casa 105.

Barrio: Girardot. Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3223727404 Tel Movil 2: 3102822370

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO ____ COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 __ 16 X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Diana Paola Cifuentes **CC:** 1'026-269.021

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Jusset Jeanpierre Melo Ca las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Diana C. **CC.** 1'026269021



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-OCT-2026 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARZON VACCA

INDICE DERECHO



P-1500150-80786238-M 1016717916-20160913 0048270096A 2 1163748015

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.016.717.916
MELO CIFUENTES
APELLIDOS
JUSSEF JEANPIERRE
NOMBRES

Jussef
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34



JUSSEF JEANPIERRE MELO CIFUENTES
TI 1016717916 Sexo: M FechaNac: 10/04/2008
Doc Cabeza Familia: TI 1016717916 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 10/04/2008 Valida hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel:1 No ficha sisben:4448823-1
BOGOTA BOGOTA Zona:U
Localidad 17 Dir.:KR 4B 9B 76 ESTE
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
Pagina WEB 15061220163510 34966012

ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE PARA HACER USO DEL SERVICIO DEBE ACOMPAÑARSE DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

- Los servicios que se prestarán al afiliado serán únicamente los establecidos para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Sólo se prestarán servicios en IPS adscritas a Capital Salud EPS-S.
- El presente carné perderá su validez cuando el afiliado no cumpla con las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas vigentes, o cuando ya no pertenezca a Capital Salud EPS-S.

Vigilado Supersalud

Para cualquier información adicional comuníquese a los siguientes teléfonos:
Bogotá cra. 30 N.° 45A-52 Conmutador 485 7500
Villavicencio (Meta) cra. 39 N.° 26B-11 Conmutador 661 4700
Línea Nacional: 01 8000 122 219 - Servicio 24 horas

Autorización de funcionamiento Resol. 3869 del 21 de Diciembre de 2011 CS-002-2011 05 VI

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4787441-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576666738-7

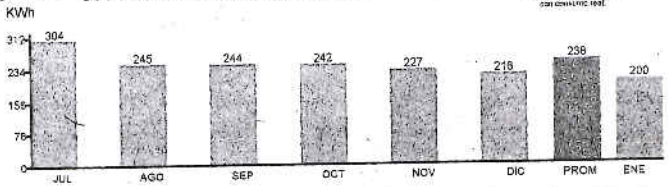
CLIENTE

47315

DIANA PAOLA CIFUENTES RODRIGUEZ
KR 3 NO 02 - 19 PI 1
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Promedio últimos 6 meses con consumo real

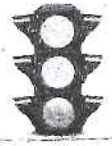


PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
26 NOV/2019 A 26 DIC/2019	$528.03	200

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0149
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0166
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00320240
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	425164
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

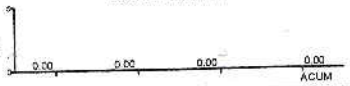
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110	

www.enel.com.co
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia
@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS

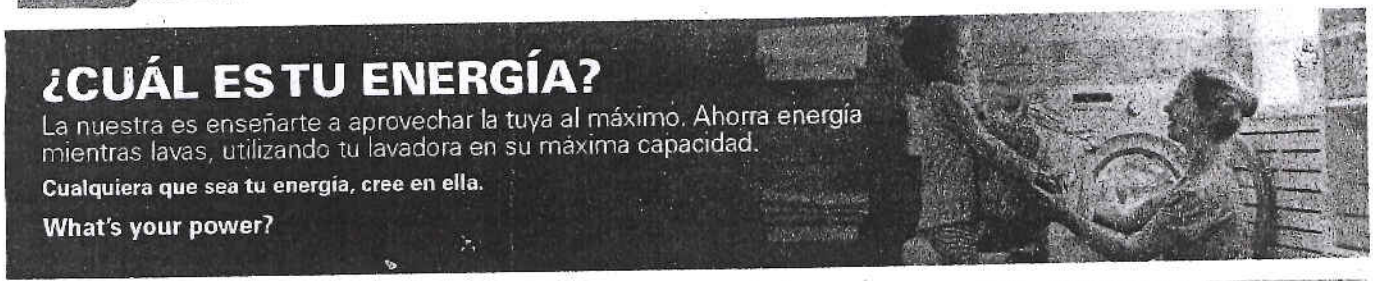


COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 38.96 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 6.26 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 02 ENE/2020

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Cómo pagar tu factura?

APP Banco · Internet · Punto Pago Redeban · Teléfono Banco · Daviplata · Débito Automático · Cajero Electrónico · Botón de Pago Online · Móvil · Nequi

Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR

Almacenes de Cadena

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es CODENSA S.A. ESP, NIT. 830.037.248-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Documento

Salon Comunal Lourdes

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Alan Stiv Torres Morato

NUI: 1.034. 298 .906 Genero: M X F ____ Edad: 9

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 3 #2 A-este - 47

Barrio: lourdes Tel Fijo: 303 3985

Tel Movil 1: 305 423 86 87 Tel Movil 2: ____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 X 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Sindy Morato **CC:** 1.010.183.360

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: alan Torres a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Sindy Morato **CC.** 1.010.183.366

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

La salud es de todos Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1034298906
NOMBRES	ALAN STIVE
APELLIDOS	TORRES MORATO
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/09/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/09/2020 13:50:12	Estación de origen:	190.26.83.130

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:
2143210-9

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 869909269-0

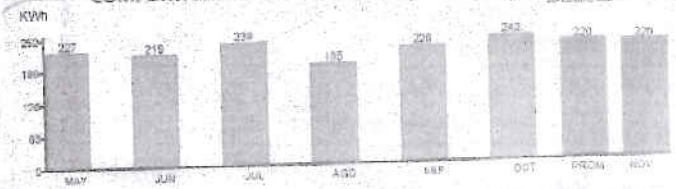
CLIENTE

57114

LUIS ANTONIO MORATO CASTIBLANCO
CL 3 NO 2 A ESTE - 47

BOGOTÁ. D.C.
LOURDES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 27 SEP/2019 A 28 OCT/2019

Valor Kwh prom. $519.87

CONSUMO MES Kwh 325

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 213 0049
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 213 0043
CARGA kW:	6	MANZANA DE LECTURA:	MS003212A1
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	1041697
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.

¿VIVIR TRANQUILO TE DA ENERGÍA?

¡LIBÉRATE DE LAS DEUDAS QUE TIENES CON NOSOTROS!
Aprovecha ya hasta el 100% de descuento que te damos en tus intereses de mora para saldar tu deuda y olvídate de las preocupaciones.

Llámanos al 353 42 88

Cualquiera que sea tu energía, hay una solución Enel-Codensa para ti.

What's your power?

Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

AGEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co

@CodensaEnergia

App Móvil Enel-Codensa

@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
CU: $0.00 T: $22.58 D: $75.25 CV: $6.25 PR: $6.25 R: $6.11 CP: $0.00 / $519.87 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 31 OCT/2019

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si necesitas conectar varios electrodomésticos es mejor instalar más tomacorrientes. Evita el uso de multitomas o adaptadores de este tipo.

¿TU ENERGÍA SE TRANSFORMA SIMPLIFICANDO TU VIDA?

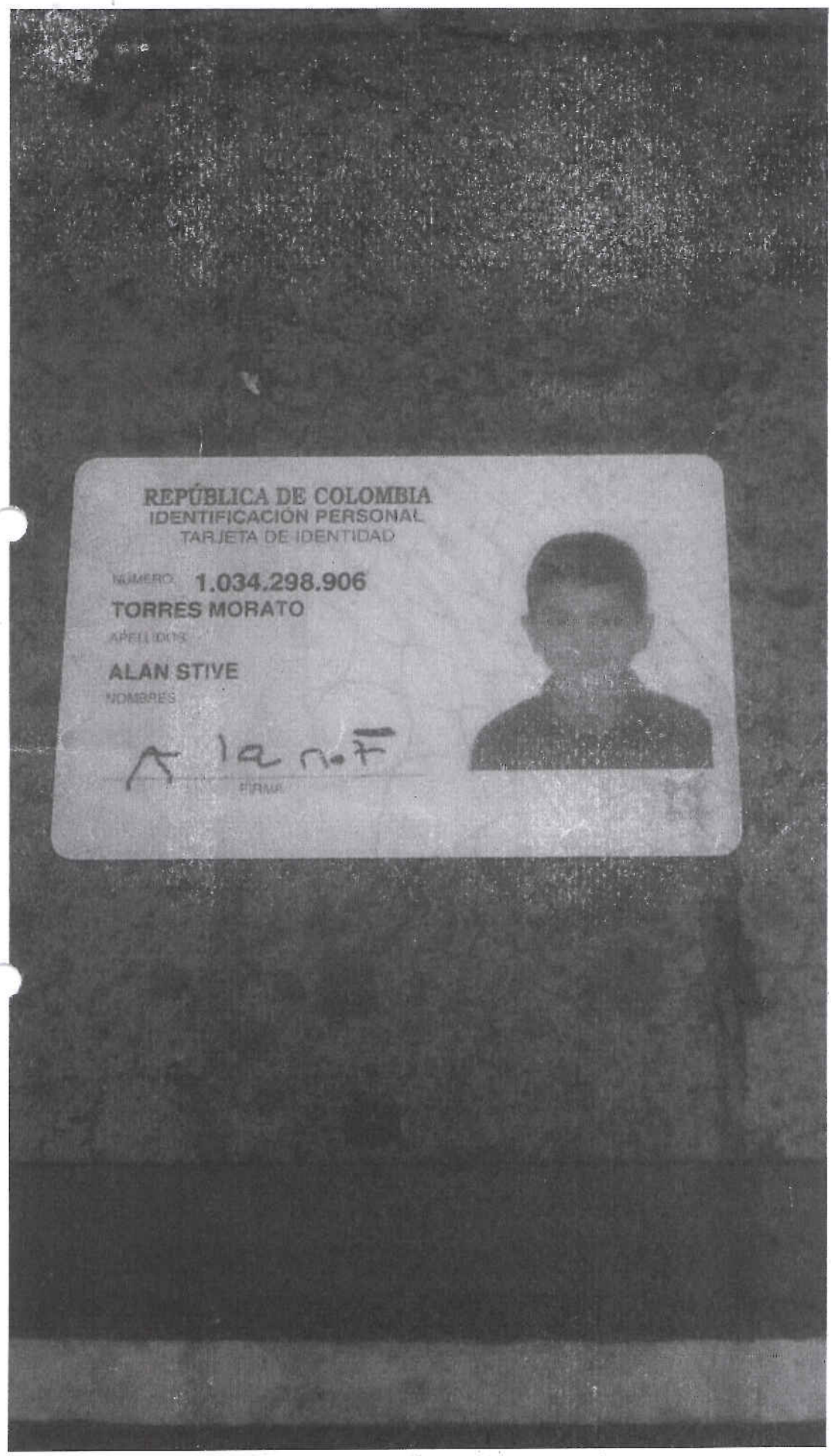
Pásate a la **Factura Virtual Enel-Codensa**, para que la recibas en tu correo electrónico y puedas consultarla en cualquier momento.

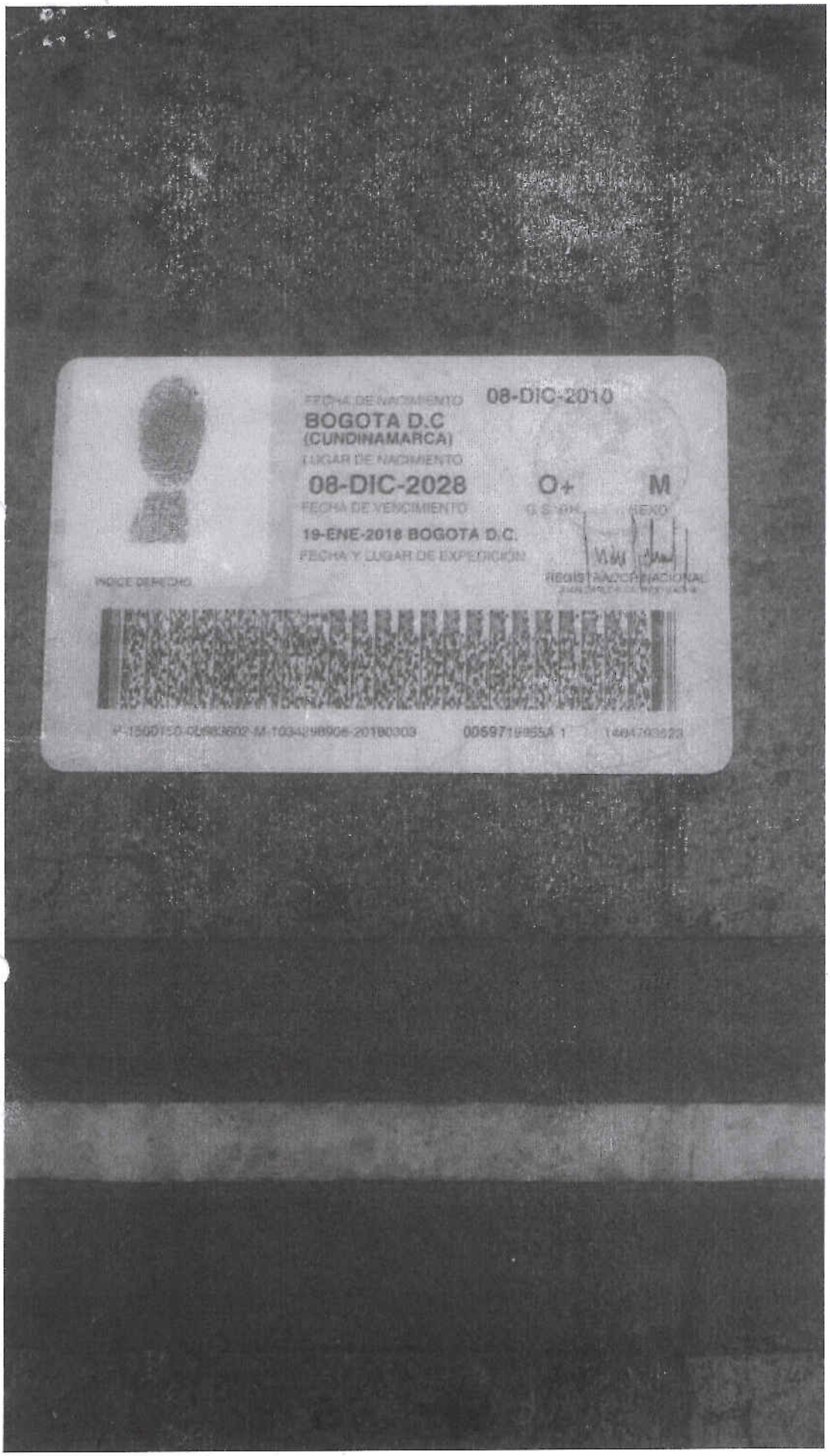
Llama a la línea **7 115 115, opción 1-6**
o visita nuestra página **www.enel.com.co/es/personas/factura-virtual**
Cualquiera que sea tu energía, hay una solución Enel-Codensa para ti.

What's your power?

¿Cómo pagar su factura?

APP Banco | Ingenes | Punto Pago Redeban | Telebanco Banco | Daviplata | Débito Automático | Débito Electrónico | Botón de Pago Online | Móvil | Nequi | Carvajal | pagofácil | punto red | RED CADE | Efecty | Baloto | Red Efectiva | Punto de Servicio | Código QR


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.034.298.906
TORRES MORATO
APELLIDOS
ALAN STIVE
NOMBRES
FIRMA


08-DIC-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
08-DIC-2028
O+
M
19-ENE-2018 BOGOTA D.C.
REGISTRADOR NACIONAL

Salon Comunal Girardot

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Kimberly Dayana Arcas Rodriguez

NUI: 1021315374 Genero: M___ F X Edad: 11

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: KR 3 # 2-19

Barrio: Girardot Tel Fijo:

Tel Movil 1: 3223729404 Tel Movil 2: 3102827320

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16X Otro: S Cual

Firma Acudiente: Vianey Arcas R. **CC:** 1010205206

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Kimberly Dayana Arias a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Vianey Arcas **CC.** 1010205206

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.021.315.374**

ARIAS RODRIGUEZ
APELLIDOS

KIMBERLY DAYANA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-MAY-2027 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

20-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00841260-F-1021315374-20160728 **0050523392G 1** 46475555

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

KIMBERLY DAYANA ARIAS RODRIGUEZ
TI 1021315374 Sexo: F FechaNac: 05/02/2009
Doc Cabeza Familia: TI 1021315374 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 05/02/2009 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel:1 No ficha sisben:4448822-1
BOGOTA BOGOTA Zona:U
Localidad 17 Dir.:KR 2 A 2 38 GIRARDOT
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
Pagina WEB 39181220191001 34973350

ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE PARA HACER USO DEL SERVICIO DEBE ACOMPAÑARSE DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

- Los servicios que se prestarán al afiliado serán únicamente los establecidos para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Sólo se prestarán servicios en IPS adscritas a Capital Salud EPS-S.
- El presente carné perderá su validez cuando el afiliado no cumpla con las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas vigentes, o cuando ya no pertenezca a Capital Salud EPS-S.

Vigilado Supersalud

Para cualquier información adicional comuníquese a los siguientes teléfonos:
Bogotá cra. 30 N.° 45A-52 Conmutador 485 7500
Villavicencio (Meta) cra. 39 N.° 26B-11 Conmutador 661 4700
Línea Nacional: 01 8000 122 219 - Servicio 24 horas

Autorización de funcionamiento Resol. 3869 del 21 de Diciembre de 2011 CS-002-2011 05 VI

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830 037 248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4787441-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 5766657367

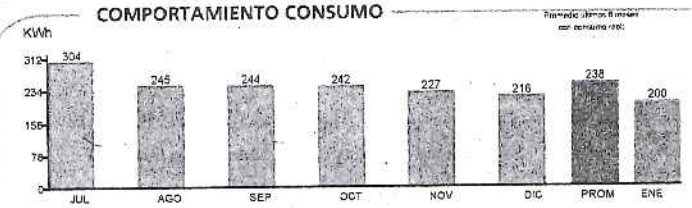
47315 AS W

47315

CLIENTE

DIANA PAOLA CIFUENTES RODRIGUEZ
KR 3 NO 02 - 19 PI 1
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 26 NOV/2019 A 28 DIC/2019

Valor Kwh prom. $528.03

CONSUMO MES Kwh 200

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0149
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0166
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00320240
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	425164
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co

@CodensaEnergia

App Móvil Enel-Codensa

@CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:201.57 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4900 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por m. Somos autorretenedores según Resolución No. 3535 de Diciembre de 1997. Vía 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 dichos ante se la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3321 de Diciembre 1997

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consulte www.enel.com.co/es/seguridad/CREG-156-11

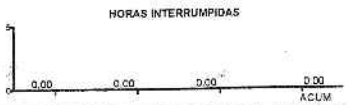
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, sanciones y responsabilidades a usuarios y comercializadores. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o 5 115 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE SAPEDICION FACTURA: 02 ENE/2020

CALIDAD DEL SERVICIO

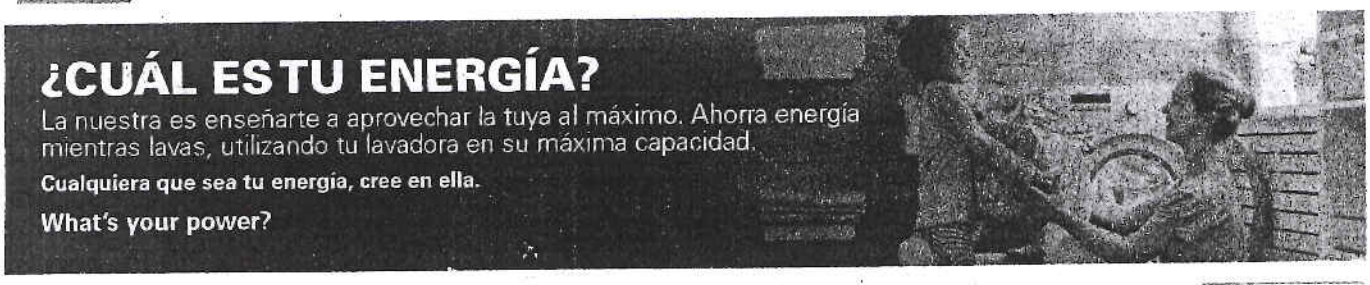
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Como pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

Medios Electrónicos: APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Daviplata, Débito Automático, Cajero Electrónico, Botón de Pago Online, Móvil, Nequi

Corresponsales Bancarios: Bancolombia, Davivienda, Puntored, Cerca, Carvajal, pagafácil, MOVIRED, Baloto

Almacenes de Cadena: RED CADE, enel, éxito, POMONA

Salon Comunal Girardot

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Melany Daniela Rojas Arias

NUI: 1016716532 Genero: M___ F X Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: KR 3H 2-19

Barrio: Girardot Tel Fijo:

Tel Movil 1: 3223727404 Tel Movil 2: 3102822320

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16X Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Vianey Arias R. **CC:** 1010205206

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Melany Daniela Rojas a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Vianey Arias **CC.** 1010205206

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.016.716.532**

ROJAS ARIAS

APELLIDOS

MELANY DANIELA

NOMBRES

Melany ROJAS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

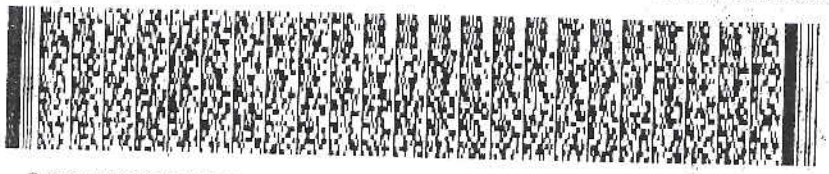
23-AGO-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

11-NOV-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00790127-F-1016716532-20160218 0048463664A 1 1463664701

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud EPS-S

MELANY DANIELA ROJAS ARIAS
TI 1016716532 Sexo: F FechaNac: 08/23/2007
Doc Cabeza Familia: TI 1016716532 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 08/23/2007 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel:1 No ficha sisben:4448822-1
BOGOTA BOGOTA Zona:U
Localidad 17 Dir.:KR 2 A 2 31 GIRARDOT
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
Pagina WEB 50181220190601 34973351

ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE PARA HACER USO DEL SERVICIO DEBE ACOMPAÑARSE DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

- Los servicios que se prestarán al afiliado serán únicamente los establecidos para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Sólo se prestarán servicios en IPS adscritas a Capital Salud EPS-S.
- El presente carné perderá su validez cuando el afiliado no cumpla con las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas vigentes, o cuando ya no pertenezca a Capital Salud EPS-S.

Vigilado Supersalud

Para cualquier información adicional comuníquese a los siguientes teléfonos:
Bogotá cra. 30 N.° 45A-52 Conmutador 485 7500
Villavicencio (Meta) cra. 39 N.° 26B-11 Conmutador 661 4700
Línea Nacional: 01 8000 122 219 - Servicio 24 horas

Autorización de funcionamiento Resol. 3869 del 21 de Diciembre de 2011 CS-002-2011 05 VI

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT. 830.037.248-0
CL. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4787441-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576665738-7

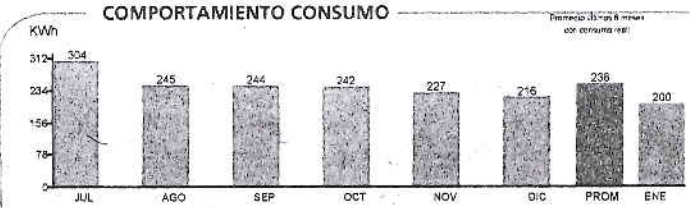
47315 AS W

47315

CLIENTE

DIANA PAOLA CIFUENTES RODRIGUEZ
KR 3 NO 02 - 19 PI 1
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
28 NOV/2019 A 26 DIC/2019	$528.03	200

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0149
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0166
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00320240
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	425164
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115
EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com
DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co
@CodensaEnergía
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergía

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.96 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU): Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 per m². Somos independientes según Resolución No. 3285 de Diciembre de 1997. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO NEGOCIO HORIZONTAL DEL SIE 1806

Para mayor información: [illegible] a 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3371 de Diciembre 1997

Esta factura merito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 15611 consulte www.enel.com.co/es/avisos/aviso-CREG-154-11

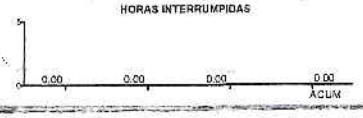
IMPORTA: [illegible] de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para cualquier mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 942 115 o 5 115 115, o en nuestros Centros de Servicio y Clientes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 02 ENE/2020

CALIDAD DEL SERVICIO

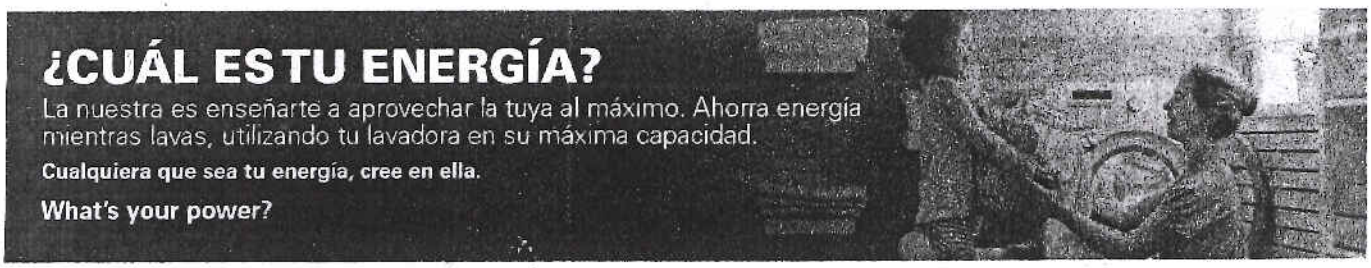
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital — Centros de Servicio — Código QR

APP Banco
Internet
Punto Pago Redeban
Teléfono Banco
Daviplata
Débito Automático
Cajero Electrónico
Botón de Pago Online
Movii
Nequi
Carvajal
pagofácil
MOVIRED
Baloto
RED CADE
enel
puntored
cerco
dexto
PIMONA

Canales Electrónicos — Corresponsales Bancarios — Almacenes de Cadena

Salon Comunal Girardot

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Karen Ximena Cortes Ospina

NUI: 1081314197 Genero: M____ F X Edad: 12

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Kra 3 # 2-21

Barrio: Girardot Tel Fijo: _____

Tel Movil 1: 3023940534 Tel Movil 2: 3023502333

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Yuri Adriana Ospina R **CC:** 53011498 Bta

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Karen Ximena Cortes Ospina a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Yuri Ospina **CC:** 53011246 Bta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.021.314.197**

CORTES OSPINA

APELLIDOS

KAREN XIMENA

NOMBRES



Karen

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

24-SEP-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

SEXO

20-MAR-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00724503-F-1021314197-20150723 0045256246A 1 1443324657

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud EPS-S

KAREN XIMENA CORTES OSPINA
TI 1021314197 Sexo: F FechaNac: 09/24/2007
Doc Cabeza Familia: CC 53011246 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 09/24/2007 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc: N Nivel:1 No ficha sisben: 1871758-1
BOGOTA BOGOTA Zona:R
Localidad 17 Dir.:KR 2 ESTE 3 A 57 LOURDES
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
Pagina WEB 59101320203501 31211159

ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE PARA HACER USO DEL SERVICIO DEBE ACOMPAÑARSE DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO

- Los servicios que se prestarán al afiliado serán únicamente los establecidos para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
- Sólo se prestarán servicios en IPS adscritas a Capital Salud EPS-S.
- El presente carné perderá su validez cuando el afiliado no cumpla con las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas vigentes, o cuando ya no pertenezca a Capital Salud EPS-S.

Para cualquier información adicional comuníquese a los siguientes teléfonos:
Bogotá cra. 30 N.° 45A-52 Conmutador 485 7500
Villavicencio (Meta) cra. 39 N.° 26B-11 Conmutador 661 4700
Línea Nacional: 01 8000 122 219 - Servicio 24 horas

Vigilada Supersalud

Autorización de funcionamiento Resol. 3869 del 21 de Diciembre de 2011 CS-002-2011 05 VI

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

4787441-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576665736-7

47315 AS W

CLIENTE

47315

DIANA PAOLA CIFUENTES RODRIGUEZ
KR 3 NO 02 - 19 PI 1
FACHADA
BOGOTÁ, D.C.
LAS CRUCES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 28 NOV/2019 A 28 DIC/2019

Valor Kwh prom. $528.03

CONSUMO MES Kwh 200

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 01 212 0149
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 01 212 0166
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00320240
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	425164
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co

@CodensaEnergia

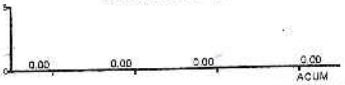
App Móvil Enel-Codensa

@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4810-3 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0385 de Diciembre de 1997 IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1996

Cobro el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0371 de Diciembre de 1997.

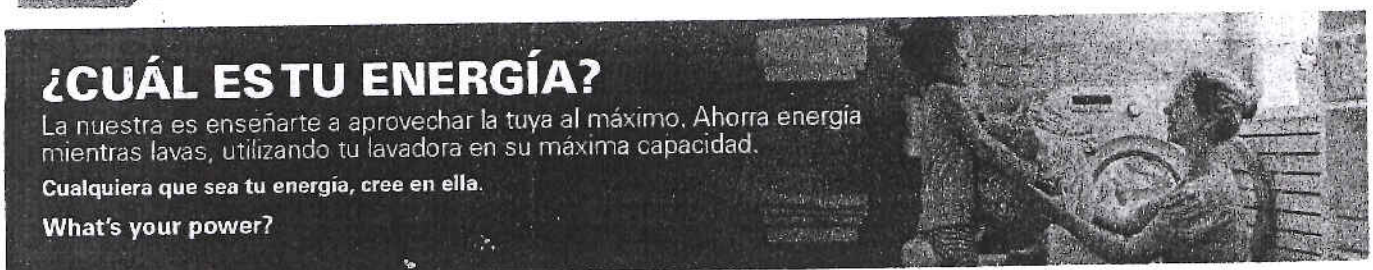
Este incluye en cobro dentro mismo ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co/es/circulares/CREG_156-11

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 942 115 o 5 115 115, a en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA 02 ENE/2020

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Como pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Davivienda, Débito Automático, Cajero Electrónico, Botón de Pago Online, Movii, Nequi

Bancos y Bancas Populares | Almacenes de Cadena

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es CODENSA S.A. ESP. NIT. 830.037.248-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicio Públicos Domiciliarios.

23.307 - Page 1 of 4

Alcaldia Local

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: David Alexander Peralta Florez.

NUI: 1028489908 Genero: M X F ____ Edad: 10

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: cll 23 a # 1 a 23

Barrio: la 292 centro Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3102569942 Tel Movil 2: ____

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Daniel Peralta **CC:** 79761621

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: David Alexander Peralta Florez a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Daniel Peralta **CC.** 79761621


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.469.906

PERALTA FLOREZ
APELLIDOS

DAVID ALEXANDER
NOMBRES

David Peralta
FIRMA


BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
23-ABR-2009

23-ABR-2027

O+

M

17-JUN-2016 FUSAGASUGA

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1028489908
NOMBRES	DAVID ALEXANDER
APELLIDOS	PERALTA FLOREZ
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/10/2020 10:02:26	Estación de origen:	190.25.137.180

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cupones, indique solo este número

16361471

Factura de Servicios Públicos No. **A197825800**

Fecha factura **14Dic2019**

PE#A MORENO CARLOS MARTIN
CL 23A 1A 23 1
Municipio: BOGOTA
Sector: PAZ CENTRO
Dirección Correspondencia: CL 23A 1A 23 1
Lote: 10221
Ruta: 13001340201040
Código Postal: 110311218

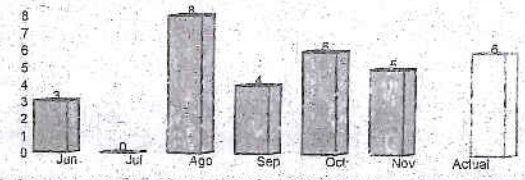
Total a pagar 22,200

Pagar antes de 30Dic2019

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 65.50 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 146,57 P.C. : 47.166 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	DM 71-04-5 1328	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	3217	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	3223	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	6	Estrato/Categoría	2
Fecha de lectura	14-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	12-Dic-2019	Tarifa	D1

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Línea de atención al cliente 307 81 21, L. a V. de 7 am a 6 pm y sabados de 7 am a 1 pm
Municipios celular 01 8000 942 794 (opción 4)
Línea de urgencias, reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 21

Nuestro compromiso con el medio ambiente aún más fuerte: Nueva factura en papel más ecológico

Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en GEO 2012

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
5 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	9,602
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-3,892
SUBTOTAL	$ 5,710
RECAUDO	16,490
COORSERPARK-PROT.EXEQUIAL	
SUBTOTAL	$ 16,490
TOTAL	$ 22,200

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación de gas es su responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2017, de lo contrario podría ser suspendido el servicio por su seguridad.

Consulta las plazas de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión, lo asume el cliente.

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cuim 3119.00($/Factura) Dim0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,764Kt01,006K201,00Pa10,67Pd00,32Altura247Tme13,9800

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
31Dic2019

Sanciones administrativas: excepción en estratos 1 y 2 para usuarios residenciales consumo de subsistencia. Resolución 1962 de julio 17 de 1996 CRA. Tasa de interés 1% mes.

Capilla Guavio

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Valentina orjuela Herrera

NUI: 1.012.919.593 Genero: M ___ F X Edad: 11

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Calle 22 B-45 este

Barrio: Rocio Tel Fijo: ___

Tel Movil 1: 3208912738 Tel Movil 2: ___

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL ___

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION ___

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA ___

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? ___

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ___ 8 ___ 10 ___ 12 ___ 14 ___ 16 X Otro: ___ Cual ___

Firma Acudiente: Ana Mercedes Herrera **CC:** 52.382.955

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: ___ a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Ana Mercedes Herrera **CC.** 52-382-955

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.012.919.593**

ORJUELA HERRERA

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

valentina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-MAY-2026 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

04-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00832836-F-1012919593-20160525 0049911781A 2 1443866113

República de Colombia
Sistema General de Seguridad Social en Salud
Régimen Contributivo

nueva eps
gente cuidando gente

Cabeza Grupo Familiar	Categoría	
CC 52382955	A	
Datos del Afiliado	**Identificación**	**Tipo de Afiliado**
ANA MERCEDES HERRERA RODRIGUEZ	CC 52382955	Cotizante
IPS Primaria	**Teléfono**	**Discapacidad**
ANDAR S.A.- 20 DE JULIO	4481300	*********
Urgencias Hasta	**Fecha de Afiliación**	
31/01/2013	01/02/2013	

LÍNEAS DE ATENCIÓN SUPERSALUD
Bogotá 4837000
Nacional 01 8000 51 37 00

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0 -
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0303987-8

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576884885-5

CLIENTE

57120

CIRO HERRERA S
CL 2 C NO 5 ESTE - 45

BOGOTÁ, D.C.
EL ROCÍO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom:	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$528.03	444

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 212 0448
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 212 0443
CARGA kW:	6	MANZANA DE LECTURA:	MS00320803
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	1573772
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.37 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,34 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3826 de Diciembre de 1997 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Estimado cliente de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos ante de la fecha señalada para cargo oportuno. Para mayor información comuníquese al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3321 de Diciembre 1997
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 019011 consultar www.enel.com.co/es/publicaciCREG 108-11
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 006 de 2014, la cual modifica el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades a grupos CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, desde Bogotá, o al 3600 012 115 o 0 115 115, en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

Contáctanos

ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

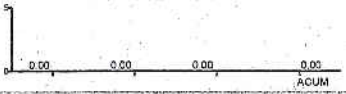
ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

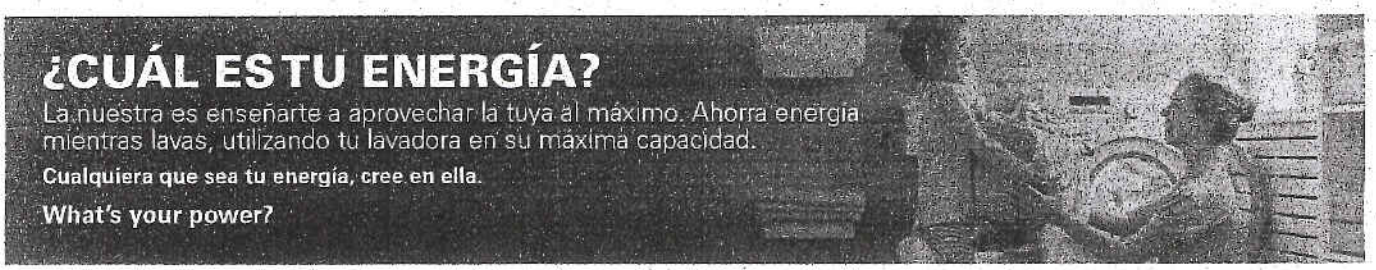
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



Canales de Pago
Red Directa
Centros de Servicio
Código QR

APP Banco
Internet
Punto Pago Redeban
Teléfono Banco
Davivienda
Débito Automático
Cajero Electrónico
Botón de Pago Online
Movii
Nequi

Puntos Electrónicos
Corresponsales Bancarios
Almacenes de Cadena

La reproducción total o parcial de esta factura para fines de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado de CODENSA S.A. ESP. NIT: 830.037.248-0, sin la autorización previa y por escrito de CODENSA S.A. ESP. está prohibida y sancionada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Salon Comunal Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Cristian Dario Cuellar Rodríguez.

NUI: 1034283502 Genero: M X F ____ Edad: 13 Años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Carrera 11 Bis Este # 1-11

Barrio: El Dorado Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3023804305 Tel Movil 2: 3134814956

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: X Cual S

Firma Acudiente: Yennifer Rodriguez **CC:** 53.008 793

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Cristian Dario Cuellar R. a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Yennifer Rodriguez **CC.** 53008793

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.034.283.502**
CUELLAR RODRIGUEZ

APELLIDOS
CRISTIAN DARIO

NOMBRES

Cristian Cuellar Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-2006**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
27-FEB-2024 **B+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
24-ENE-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00546169-M-1034283502-20140214 0037178308A 1 1442727086

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

La salud es de todos | Minsalud

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1034283502
NOMBRES	CRISTIAN DARIO
APELLIDOS	CUELLAR RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD E.P.S.	SUBSIDIADO	30/11/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 01/10/2020 14:25:37 | **Estación de origen:** | 186.154.90.58

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1041147-1

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576866504-7

CLIENTE

58719

MARIA DE CUELLAR
KR 11 BIS ESTE NO 1 - 11

BOGOTÁ, D.C.
EL DORADO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$528.03	253

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 217 0404
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 217 0415
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320926
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19339035
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

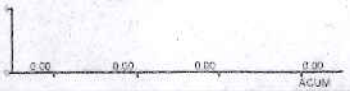
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110	

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS

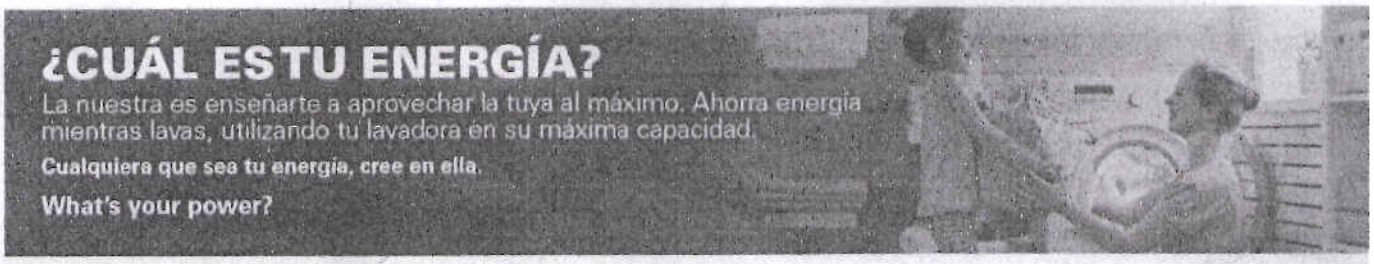


COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.96 D: 179.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 8.26 CF: 0.00 / $526.03 Costo kWh Mes

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 01 ENE/2020

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Como pagar la factura?

APP Banco · Internet · Punto Pago Redeban · Teléfono Banco · Daviplata · Débito Automático · Cajero Electrónico · Botón de Pago Online · Móvil · Nequi

Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR

Medios Electrónicos · Corresponsales Bancarios · Almacenes de Cadena

* Puntos de pago donde se reciben facturas vencidas. **Excepto Centro de Servicio Chapinero y Calle 80.

Salon Comunal El Dorado

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Holly Nicole Gomez Martinez.

NUI: 1034300053 Genero: M___ F X Edad: 8

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Cll. 3 Sur # 7A este -4.

Barrio: Dorado. Tel Fijo: 8246723

Tel Movil 1: 3115857070 Tel Movil 2: 3142278A9

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI _____ NO X CUAL _____

MENU VEGETARIANO SI _____ NO X OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI _____ NO X COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL? _____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12 X 14__ 16__ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: Deisy Tahana Martinez Vergara **CC:** 1026276233.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Holly Nicole Gomez Martinez a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Deisy Tahana Martinez **CC.** 1026276233

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.034.300.053**

GOMEZ MARTINEZ

APELLIDOS

HOLLY NICOLE

NOMBRES

Holly Nicole

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-MAY-2029 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

12-FEB-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01067720-F-1034300053-20190315 0064921973A 1 1235346509

- Este carné te acredita como afiliado al Plan de Beneficios en Salud de EPS SURA.
- Para utilizar algún servicio, identifícate con el documento de identidad.
- Para menores de 7 años, puedes presentar el documento de identidad del cotizante que lo tiene afiliado a EPS.
- Si usted se está trasladando de otra EPS hacia EPS SURA, la afiliación sólo será efectiva cuando el traslado sea aceptado por la anterior EPS.
- El derecho a la utilización del servicio será verificado previamente en el lugar donde solicites atención. Para ello, deberás estar al día en el pago de los aportes.
- Para utilizar cualquier servicio o consulta prioritaria debes acudir a tu IPS.
- En caso de una urgencia debes dirigirte a un hospital o centro médico con servicio de urgencias.
- Consulta en www.epssura.com los centros de consultas de urgencias a donde puedes dirigirte.
- La incorrecta utilización de urgencias genera el pago total de la misma. Resolución 5521. Artículo 101994 Ministerio de la Protección Social.
- Para garantizar la adecuada prestación de nuestros servicios, infórmanos cualquier cambio en tu dirección o teléfono. Consulta tus derechos y deberes como afiliado en www.epssura.com

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención: Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8741, Medellín 448 8115, Línea Nacional 018000 519 519
www.epssura.com

EPS

sura

REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nombres HOLLY NICOLE

Apellidos GOMEZ MARTINEZ

Tipo y número de identificación TI 1034300053

IPS IPS SURA OLAYA

Fecha afiliación 16/08/2013

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 481 70 00 - Bogotá D.C
Línea Gratuita Nacional 01800 51 37 00

enel codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-6
Cr. 13A No. 93-66

Vale factura y comunícate al número de Gratuito

earth pact ECOLÓGICO

2451116-6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576885534-3

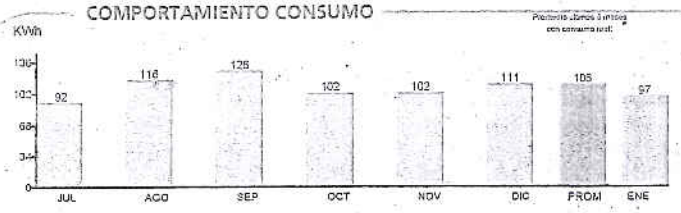
CLIENTE

58753

MARIA OLGA CUBILLOS REINA
CL 3 SUR NO 7 A ESTE - 48

BOGOTÁ, D.C.
EL DORADO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV/2019 A 27 DIC/2019	$528.03	97

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 218 0035
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	1000 2 02 218 0035
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320910
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	888949
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.





Contáctanos

ENERGÍA
SERVICIO AL CLIENTE
7 115 115

EMERGENCIAS
115

DENUNCIAS
5 894 894
denuncias@enel.com

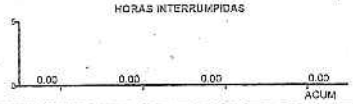
DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com

ASEO
SERVICIO AL CLIENTE
110

www.enel.com.co
@CodensaEnergia
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.66 D: 173.19 CV: 47.39 PR: 40.03 R: 8.26 CP: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACUERDO ECONÓMICO 4916-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según resolución 2006 de Diciembre de 1997. Ya Agentes Consul. COMPLEMENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996

Goce de gratuidad de la presente factura el Cliente cuenta con los presupuestos de subsistencia previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacerlo uso de hasta antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al 7 115 115. Operador de red CODENSA E.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3371 de Diciembre 1997.

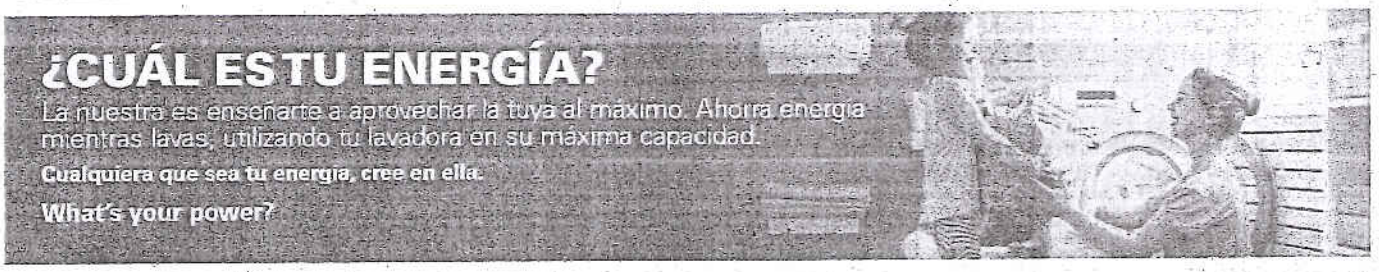
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 1070 1 consulte www.enel.com.co/es/pqr.html

IMPORTANTE: Si cualquiera de las previstas en CREG 024 de 2014 no cual medidor el Cobro es Unidad, se ajustarán en siguientes, retroactivos y reconvenciones respectivas CODENSA S. A. E.S.P. y tus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fecha de Bogotá al 01 8000 912 115 o a 115 115, a un nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



¿Cómo puedo pagar?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

Medios Electrónicos: APP Banco, Internet, Punto Pago Redeban, Teléfono Banco, Daviplata, Débito Automático, Cajero Electrónico, Botón de Pago Online, Movii, Nequi

Corresponsales Bancarios: Servibanca, cirrus, puntored, Carvajal, pagofácil, MOVIRED, éxito, POMONA

Almacenes de Cadena: RED CADE, enel, **

La prestación del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es CODENSA S.A. ESP. NIT. 830.037.248-6, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicio Públicos Domiciliarios.

CAI LACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Angel David Ariza Cortés

NUI: 1.024.526.957 Genero: M X F ____ Edad: 9

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: CL 2f 10A Este 49

Barrio: Los Laches Tel Fijo: 2466856

Tel Movil 1: 311 892 3639 Tel Movil 2: 3218970449

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION ____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14 X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: ____ **CC:** 39738316

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Angel David Ariza Cortés a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Maria Cortes **CC.** 39738316

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.024.526.957**

ARIZA CORTES

APELLIDOS

ANGEL DAVID

NOMBRES

Angel

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-FEB-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

M SEXO

09-MAR-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00894017-M-1024526957-20170331 0054781296A 1 1464346059



CARNE AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 39738316

CATEGORIA
A

DATOS DEL AFILIADO
ANGEL DAVID ARIZA CORTES

RC 1024526957

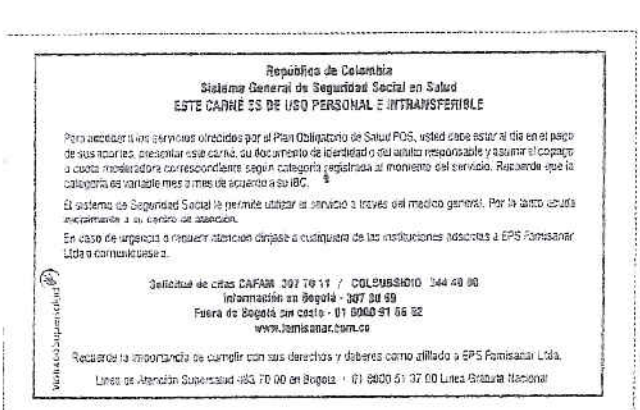
TIPO DE AFILIADO
BENEFICIARIO

IPS PRIMARIA
COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

DISCAPACIDAD
****

URGENCIAS HASTA
******

FECHA AFILIACION
19/02/2010



República de Colombia
Sistema General de Seguridad Social en Salud
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Para acceder a los servicios ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud POS, usted debe estar al día en el pago de sus aportes, presentar este carné, su documento de identidad o del adulto responsable y asumir el copago o cuota moderadora correspondiente según categoría registrada al momento del servicio. Recuerde que la categoría se variable mes a mes de acuerdo a su IBC.

El sistema de Seguridad Social le permite utilizar el servicio a través del medico general. Por lo tanto acuda inicialmente a su centro de atención.

En caso de urgencia o requerir atención dirijase a cualquiera de las instituciones adscritas a EPS Famisanar Ltda o comuníquese a:

Solicitud de citas CAFAM 307 70 11 / COLSUBSIDIO 344 48 88
Información en Bogotá - 307 30 99
Fuera de Bogotá sin costo - 01 8000 91 56 92
www.famisanar.com.co

Recuerde la importancia de cumplir con sus derechos y deberes como afiliado a EPS Famisanar Ltda.

Línea de Atención Supersalud #83 70 00 en Bogotá - 01 8000 51 37 00 Línea Gratuita Nacional

Vigilado Supersalud

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número:

6251597

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com
@grupovanti @grupovanti Grupo Vanti

vanti

Factura de Servicios Públicos No. **A197207482**
Fecha factura **09Dic2019**

CORTES GIL MARIA HERMECINDA
CL 2F 10A ESTE 49 1
Municipio: BOGOTA
Sector: LOS LACHES
Dirección Correspondencia: CL 2F 10A ESTE 49 1
Lote: 05321 Ruta: 13001300300880
Código Postal 110321294

4 72 064705

Remitente:
CORTES GIL MARIA HERMECINDA 1
CL 2F 10A ESTE 49
13000-BOGOTA (CUNDINAMARC)
Poliza: 6251597

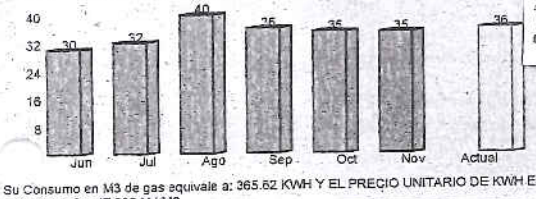
CG1006251597111222019

Total a pagar **83,150**
Pagar antes de **20Dic2019**

Recuerda que en el respaldo de la factura encuentras los puntos de pago autorizados.

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de $48.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 365.62 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 141.35 P.C. : 47.009 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa máxima

Datos de medición

No. Medidor	DM 71-13-5 696160	Periodo facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	2310	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	2346	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	36	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	07-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	06-Dic-2019	Tarifa	01

...cliente
...7 am a 6 pm
...1 pm
...ación 4)

Línea de urgencias, reporte fugas y/o escapes las 24 horas
Fija o móvil 164
Servihogar 307 81 21

...romiso con el medio ambiente
...e: Nueva factura en papel
...o

...de estar en nuestra factura
...ción en 650 2012

	VALOR
...SOS/M³	38,407
...OS/M³	13,277
	-2
(40,5%)	-15,570
	$ 36,112
	17,676
...XOT.EXEQUIAL	8,143
PROTECCION ACCIDENTAL FAMILIAR	7,642
CANCER PROTEGIDO	4,257
HOGAR PLUS	7,832
SERVIHOGAR ANTIGUO	1,486
IVA SERVIHOGAR	$ 47,038
SUBTOTAL	
TOTAL	$ 83,150

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse cada 5 años según los plazos establecidos en la Resolución 059 del 2012, evita la suspensión del servicio por tu seguridad.

Consulta los plazos de la Revisión Periódica en nuestra línea de atención: 3075121

Aviso

Apreciado usuario, tenga presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un periodo de facturación y, cuando la empresa lo requiera, en caso de que se impida u obstruya el acceso al medidor o a la instalación interna y los artefactos de consumo. El cobro de la reconexión lo asume el cliente.

Res CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1659.57($/m3) Gm679.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cuim 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Ccm0,00 p3.30 Cvm0,00
Res. CREG127/13Kp00,765Kt01,005Kz01,00Pa10,89Pd00,32Altura2477Tme14,2100

Estimado cliente recuerde que tiene entre 12/2019 y el 31/05/2020 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/06/2020 si Gas Natural S.A. ESP, no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG ...12).

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
23Dic2019

Autoriza Coljuegos



El año
...
...
con un 0km

GÁNATELO ASÍ DE FÁCIL:
Si eres cliente **Servihogar**, regístrate en **servinoticias.com** y participa en el sorteo de un Renault Kwid Outsider 0km o uno de los **5 bonos de viaje**.

vanti Gas Natural

...20 de mar...

CAI LACHES

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Laura Alejandra Ordoña Cortes

NUI: 1.012.382.085 Genero: M ___ F X Edad: 10

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días*)

Direccion: Diagonal 4 # 8-51 este.

Barrio: Laches Tel Fijo: 8104106

Tel Movil 1: 3125369402 Tel Movil 2: 3134228716

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ___ NO X CUAL ___

MENU VEGETARIANO SI ___ NO X OBSERVACION ___

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ___ NO X COPIA DE LA FORMULA ___

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? ___

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 X 14 __ 16 __ Otro: ___ Cual ___

Firma Acudiente: Nidia Yazmin Cortés R CC: 20627256

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Laura Alejandra Ordoña Cortés a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Nidia Cortés R CC. 20627256.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.012.382.085**

ORDUÑA CORTES

APELLIDOS

LAURA ALEJANDRA

NOMBRES

Laura Orduña

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

17-OCT-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

09-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00985268-F-1012382085-20180307 0059841200A 2 1164779427

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SUBOFICIAL ACTIVO **EJC**

BENEFICIARIO
ORDUÑA CORTES LAURA ALEJANDRA
TI 1012382085
Hijo(a)

AFILIADO
ORDUÑA CAÑON EDUARDO
CC 79180175

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH A+ **VENCE** 17/10/2027

Identificacion Plástica S.A. 180489/C814

A13138835

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

0305576-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576861166-0

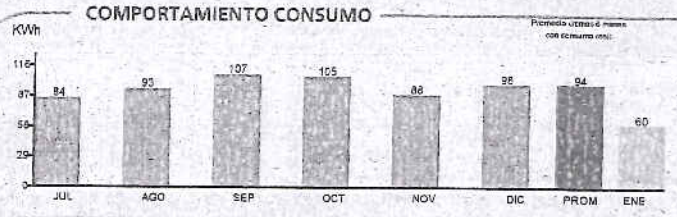
CLIENTE

53399

JORGE E OSORIO
DG 4 NO 8 ESTE - 51

BOGOTÁ, D.C.
LOS LACHES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 27 NOV/2019 A 27 DIC/2019

Valor Kwh prom. $528.03

CONSUMO MES Kwh 60

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 204 0283
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 02 204 0288
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00320723
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	3668870
		MEDIDOR NO:	

Presentas una variación en tu consumo habitual de Energía, te invitamos a consultar las posibles causas de la variación en nuestro sitio www.enel.com.co en la sección Personas/Información Destacada/Variación consumo





Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115	EMERGENCIAS 115
DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110	

www.enel.com.co
App Móvil Enel-Codensa
@CodensaEnergia
@CodensaEnergia

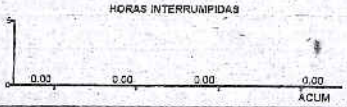
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221.57 T: 36.96 D: 173.19 CV: 47.99 PR: 40.03 R: 5.28 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 4210-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 2309 de Diciembre de 1997. IVA Regimen Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 015 DE 1998.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y contra incuerdo de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al 7 115 115. Operador de red CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 3371 de Diciembre 1997.
Esta factura de costo prestó mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 015011 consultar www.enel.com.co/resoluciones/CREG 108-11
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 CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarnos en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, Área de Bogotá al 01 5800 912 115 o 5 115 115, o en nuestra Central de Servicio al Cliente.
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 03 ENE/2020

CALIDAD DEL SERVICIO

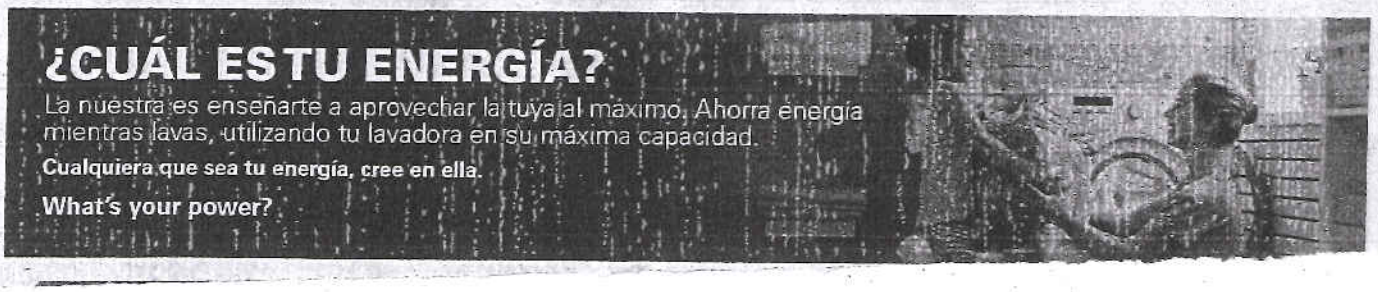
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año. Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



...ar del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es CODENSA S.A. ESP. NIT: 830.037.248-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Alcaldia local

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: *PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.*

Nombre completo: Daniel Felipe Santos Rojas.

NUI: 1034 293 486 Genero: M X F ____ Edad: 10 años

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Kra 1a B. # 70-18-sur

Barrio: La Belleza los pinos. Tel Fijo: ____

Tel Movil 1: 3229524982 Tel Movil 2: 3.11219 3248

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO X CUAL ____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO X OBSERVACION — s —

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO X COPIA DE LA FORMULA ____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X CUAL? ____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 __ 8 __ 10 __ 12 __ 14X 16 __ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Yohana Rojas **CC:** 39' 563904

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Daniel Felipe Santos Rojas a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además, **AUTORIZO** el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: Yohana Rojas **CC.** 39'563904

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

IMPRESIÓN DACTILAR



FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

FECHA DE PREPARACIÓN 11 ENE 2017	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 1.034.293.486
CODIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN 4 PRIMERA VEZ TI	
APELLIDOS SANTOS ROJAS	
NOMBRES DANIEL FELIPE	
LUGAR DE PREPARACION SANTA FE BOGOTA DC (CUNDINAMARCA	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO BOGOTA D.C.(CUNDINAMARCA) 10 MAR 2009 A+	

4676270-5

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1034293486
NOMBRES	DANIEL FELIPE
APELLIDOS	SANTOS ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/04/2020 20:37:49	Estación de origen:	190.27.62.239

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

$26,147	+	$167,263	+	$12,000

Portafolio Enel X

$205,410

PAGO OPORTUNO: 15 ENE/2020

FECHA DE SUSPENSIÓN: 17 ENE/2020

ENERGÍA

31 ENE/2020

ENERGÍA	21244	21148	96	$809.53		$40,915
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 96 Kwh X	Valor kWh 3509.5312 =	Beneficio -47.00%			-$-22,797
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO 6843 DIARIOS					SUBTOTAL CONSUMOS:	$28,118

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:20,16- E	$32
AJUSTE A LA DECENA (CREDITO)	$-3
SUBTOTAL:	$26

CUOTA DE UTILIZACION CODENSA HOGAR	$13,900
INTERESES POR MORA SERV FINANCIERO (20,1	$16
SALDO CONVENIO CODENSA HOGAR	$529,761
CUOTA CAPITAL AFECTO INTERES CODENSA HOGAR	$136,018
SALDO VENTA CODENSA HOGAR	$734,031
CUOTA INTERES CODENSA HOGAR	$16,103
Seguro Crédito Fácil	$1,234

TOTAL CONSUMOS $26,147

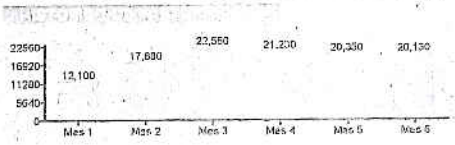
$167,263

✓ Después de la fecha de PAGO OPORTUNO, se cobrarán intereses de mora hasta la fecha en que se haga el pago. Se suspenderá el servicio a partir de la fecha de suspensión, lo que genera cobro por concepto de reconexión.

ASEO | Empresa Distrital de Aseo S.A.S. E.S.P. | PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | 1 | NIT: 901145808-5

CUENTA CONTRATO: 11015748		DATOS DEL USUARIO				UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	577184077	TIPO PRODUCTOR: Residencial				Residenciales	1	0
PERIODO DE FACTURACIÓN	07/11/2019 al 06/12/2019	DÍAS LIQUIDADAS: 30	VOLUMEN: 0	DENSIDAD:	% PARTICIPACIÓN: 0%	No residenciales	0	0
			ESTRATO: 2	FREC. RECOLECCIÓN: 3	FREC. BARRIDO: 2			

COSTO FIJO TOTAL:	$ 10,169.74
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$ 5,772.34
VALOR BASE APROVECHABLE:	$ 118,577.35



BARRIDO:	0.00259259
LIMPIEZA URBANA:	0.00137356
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.03
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.04
APORO NO APROVECHABLE	0

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$10,094
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-7,980
ASEO - AJUSTE A LA DECENA CREDITO	$-1
ASEO - INTERES POR MORA	$0
	$12,000

SUBSIDIO 40% | APORTE RESIDENCIAL 0% | APORTE NO RESIDENCIAL

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A E.S.P.	Carrera 96 # 9-17 Local 02 Torre Américas Edificio BOG Américas
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Bayacá # 6 B - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P.	Calle 69A No. 93-02
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-36

MENSAJES DE INTERÉS

MESES EN MORA



CUENTA CONTRATO: 1360505-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 577184077-5

(415)7707209914253(8020)011360505577184077 5(3900)000000000205410

FECHA DE PAGO: 15 ENE/2020

TOTAL A PAGAR: 17 ENE/2020

$205,410

codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.059.245-0
Cr. 13A No. 93-66

Para pagos electrónicos ingrese el número de cuenta

1360505-5

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 677184077-5

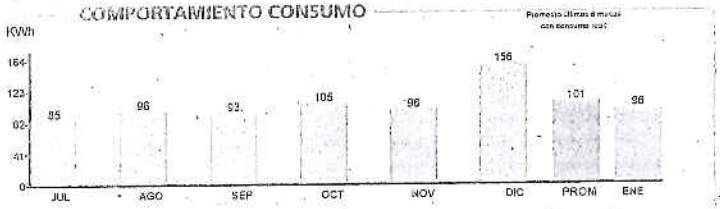
CLIENTE

5647

ERMES SANTOS GUTIERREZ
KR 11 B ESTE NO 70 SUR - 18

BOGOTÁ, D.C.
YOMASA

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.:	CONSUMO MES Kwh
02 DIC/2019 A 02 ENE/2020	$509,53	96

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000.0 04 009 0750
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 0 04 009 0771
CARGA KW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00135078
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	19180472
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:210.41 T: 34.09 D: 170.62 CV: 46.75 PR: 36.00 R: 0.64 OF: 0.00 / $509.53 Costo $/Kh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11 Aa por mi. Somos autorretenedores según Resolución No. 0009 de Diciembre de 1997. 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 adicionalmente los de estos ante la Entidad Vigilada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0021 de Diciembre 1997

Esta factura da cobro previo a actos ajenos al contenido con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG-0071 consultar generadores.com/CREG-071-11

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual mediante el Cargo de Confiabilidad establecen dichos valores y actividades y responsabilidades asignados CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlo en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, nuestro Chat-Bot Contact de Enel o al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 08 ENE/2020

Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: 7 115 115	EMERGENCIAS: 115
DENUNCIAS: 5 894 894 denuncias@enel.com	DEFENSOR DEL CLIENTE: defensordelcliente.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE: 110	

www.enel.com.co — @CodensaEnergía
App Móvil Enel-Codensa — @CodensaEnergía

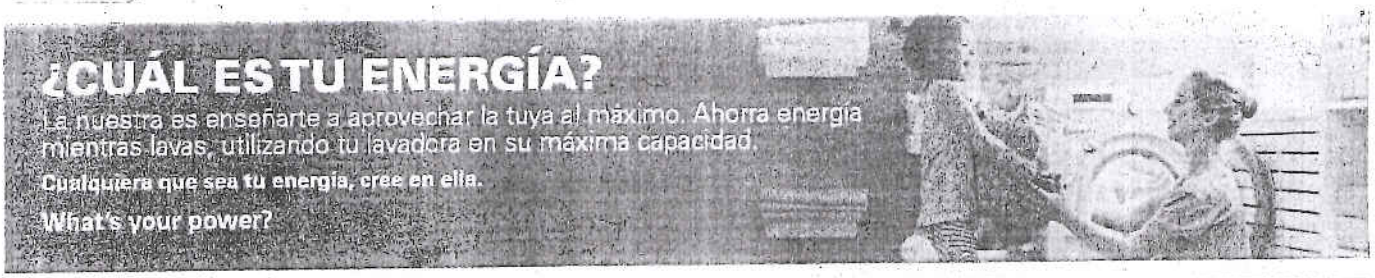
CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

NORAS INTERRUMPIDAS



Revisa el estado de tus electrodomésticos y todas las instalaciones de tu hogar al menos una vez al año.
Si encuentras algo raro, contáctate con un experto, evita hacerlo por cuenta propia.



Bancolombia · Davivienda · Punto Pago RedBan · Corresponsal Bancario · Efecty · Baloto · Gana · Paysafecard · Red Cade · Éxito · Tuya · Tarjeta Débito Bancolombia · Cajero Electrónico · Botón de Pago Online · Móvil · Nequi

GRUPO: 1 CIRCUITO: V06-09 PTD1 - NIVEL DE TENSIÓN1 con. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en un Corresponsal Bancario, verifique el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es soporte válido en caso de reclamo.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y sus proveedores de bienes y servicios es CODENSA S.A. ESP. NIT: 830.059.245-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Bogotá: Centro Comercial Unicentro, Centro Comercial Hayuelos, Centro Comercial Plaza de las Américas, Centro Comercial Gran Estación, Centro Comercial Titán Plaza, Centro Comercial Salitre Plaza, Centro Comercial Metrópolis, Centro Comercial Gran Plaza Outlet, Centro Comercial Plaza Central, Centro Comercial Bulevar Niza, Centro Comercial Santafé, Centro Comercial Atlantis Plaza, Centro Comercial Multiplaza, Centro Comercial Parque La Colina, Centro Comercial Gran Plaza Suba, Centro Comercial Gran Plaza Tunal, Centro Comercial Gran Plaza Usme, Centro Comercial Gran Plaza Bosa, Centro Comercial Gran Plaza Fontibón, Centro Comercial Gran Plaza Kennedy, Centro Comercial Gran Plaza Ciudad Bolívar, Centro Comercial Gran Plaza Engativá, Centro Comercial Gran Plaza Usaquén, Centro Comercial Gran Plaza Chapinero y Calle 80.

Parque San Bernardo

Ong Ayudanos
Nit. 900.310.588-0

FORMATO DE INSCRIPCION CPS 170 de 2019 ENTRE EL FDL SANTAFE & FUNDACION AYUDANOS; OBJETO ES: ***PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS VACACIONES RECREATIVAS, DIRIGIDAS A NIÑOS Y NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE SANTA FE, QUE CONLLEVEN A LA BUENA UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE Y AL DISFRUTE DE LA OFERTA DE SERVICIOS RECREO-DEPORTIVOS, EN EL MARCO DEL PROYECTO 1318.***

Nombre completo: Sara Isabal Rodriguez Garzón.

NUI: 1 014 870 223 Genero: M___ F_X_ Edad: 11

EDAD 7 a 14 años. (*máximo 14 años, once meses y 29 días)*

Direccion: Cra. 14 # 4-70 BL. 9 Apto. 301

Barrio: SanBernardo Tel Fijo: 7582395

Tel Movil 1: 3 10 6085148 Tel Movil 2: 312 7080160

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ____ NO _X_ CUAL

_____

MENU VEGETARIANO SI ____ NO _X_ OBSERVACION _____

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ____ NO _X_ COPIA DE LA FORMULA _____

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ____ NO _X_ CUAL?

_____

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6__ 8__ 10__ 12__ 14__ 16_X_ Otro: ___ Cual _____

Firma Acudiente: _____ **CC:** 80053837

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Sara Isabal Rodriguez Garzón a las actividades que se realicen en las vacaciones recreativas de la localidad de Santafé del contrato 170 / 2019, y declaro que toda la información consignada en este formulario es veraz y fidedigna, que acepto las condiciones y el compromiso de la participación y *asistencia mínimo al 80% de las vacaciones recreativas, en el momento de la inscripción. Además,* ***AUTORIZO*** *el uso y publicación del material fotográfico derivado de la ejecución del Contrato, En caso de generar algún daño, o avería de manera voluntaria a cualquier elemento usado para el desarrollo del contrato, este será asumido los aquí firmantes*

Firma Padre / Madre o Acudiente: _____ **CC.** 80053837

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.870.223**

RODRIGUEZ GARZON

APELLIDOS

SARA ISABEL

NOMBRES

Sara Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-JUN-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

27-NOV-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A- G S RH

F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01047726-F-1014870223-20181130 0063306578A 1 1235243191

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2020

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1014870223
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodriguez Garzon,Sara Isabel
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	19/06/2009
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rodriguez Pencue,Ivan Dario, a los 10 días del mes de enero del año 2020.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

enel
codensa

CODENSA S.A. ESP.
NIT: 830.037.248-0
Cr. 13A No. 93-66

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1857432-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 572664487-0

CLIENTE

47979

PENCUE POLANCO MARIA I.
KR 14 NO 4 - 70 IN 9 AP 301
INT.9 AP.301
BOGOTÁ, D.C.
SAN BERNARDO

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO: 22 OCT/2019 A 21 NOV/2019

Valor Kwh prom. $485.63

CONSUMO MES Kwh 149

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 18 225 0305
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA:	1000 2 18 225 0306
CARGA kW:	3	MANZANA DE LECTURA:	MS00320102
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	191590
		MEDIDOR NO:	

En este periodo tu consumo de Energía se encuentra dentro de lo habitual.



Contáctanos

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE 7 115 115

EMERGENCIAS 115

DENUNCIAS 5 894 894 denuncias@enel.com

DEFENSOR DEL CLIENTE defensor@enel.com

ASEO SERVICIO AL CLIENTE 110

www.enel.com.co @CodensaEnergia

App Móvil Enel-Codensa @CodensaEnergia

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:216.92 T: 36.79 D: 131.09 CV: 49.39 PR: 30.49 R: 12.04 CF: 0.00 / $485.63 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU): Comercialización de Energía Eléctrica. Tarifa 11.04 por ref. Sumas Actualizadas en Pesos - Resolución No. 5585 de Diciembre de 1997. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIONES CREG 1998

Dispone el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994 y para el trámite de sus peticiones, quejas y recursos. Información comunicaciones al 7 115 115. Operador de red: CODENSA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No. 0071 de Octubre 1997

Esta factura se debe prestar mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142/1994. En cumplimiento de la resolución CREG 21/2011 consultar www.enel.com.co/resolucion/CREG 156 11

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le pudi modificó el Código de Medida, se entenderán obligaciones, contratos y responsabilidades asignadas CODENSA E.S.P. y sus Clientes en Servicio al Cliente.

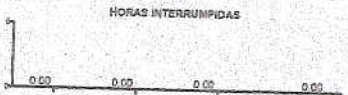
Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115. Línea de Seguridad al 01 8000 912 115 o a 3 115 115 desde celulares en todo el país.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 26 NOV/2019

CALIDAD DEL SERVICIO

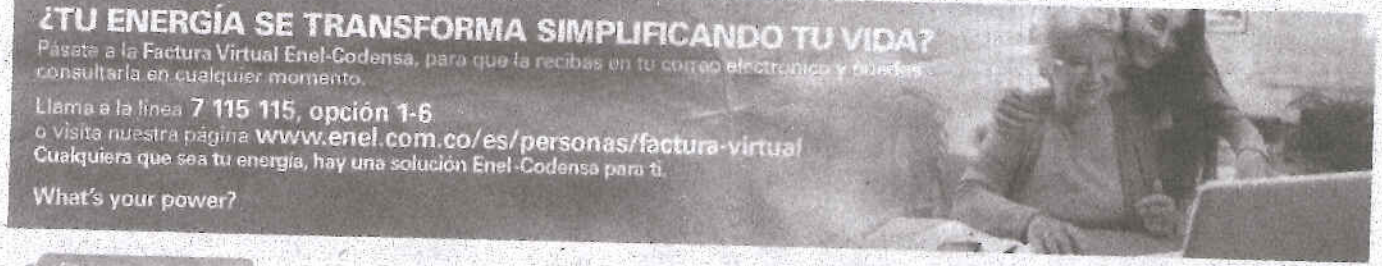
TRIMESTRE:
CRO: $0
Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

HORAS INTERRUMPIDAS



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Si necesitas conectar varios electrodomésticos es mejor instalar más tomacorrientes. Evita el uso de multitomas o adaptadores de este tipo.



¿Cómo pagar tu factura?

Red Distrital | Centros de Servicio | Código QR

APP Banco | Internet | Punto Pago Redeban | Teléfono Banco | Davivienda | Débito Automático | Cajero Electrónico | Botón de Pago Online | Movii | Nequi | Carvajal | puntored | pagofácil | RED CADE | angel | exito

Medios Electrónicos

GRUPO: 1 CIRCUITO: CF13-29667RT1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 COD. FACTURACIÓN: Si realiza el pago El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de predios y servicios en valor agregado es CODENSA S.A. ESP. NIT: 830.037.248-0. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicio Públicos Domiciliarios.

Corresponsal Bancario, exija el desprendible que emite el datáfono como soporte del pago. El sello del corresponsal no es soporte válido en caso de reclamo.