Buses 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: Aguilar Garzón Dilan Smith.

NUI: 1.032 680 097. Genero: M X F ____ Edad: 12

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

Direccion: Cll 1A # 1A 69 Este

Barrio: Mirador Centro Tel Fijo: 333 14 38

Tel Movil 1: 322 768 03 28 Tel Movil 2: 316 341 58 00

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: Ingrid Marcela Beltran. **CC:** 1013576880

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Aguilar Dilan Smith. 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: Ingrid Marcela B. **CC.** 1013576880

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.032.680.097**

AGUILAR GARZON

APELLIDOS

DILAN SMITH

NOMBRES



Dilan Smith Aguilar

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

28-NOV-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

M SEXO

04-FEB-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00671569-M-1032680097-20150220 0043124757A 1 1443261331

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	1032680097
NOMBRES	DILAN SMITH
APELLIDOS	AGUILAR GARZON
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	25/07/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/06/2020 10:45:40	Estación de origen:	181.60.153.17

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

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

earth pact
PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

1430104-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 566276830-8

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

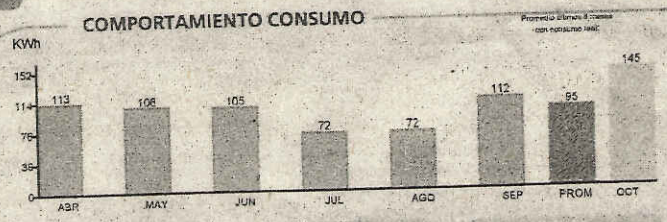
CLIENTE

56171

MARIA ANGELICA GARZON ANGELICA
CL 1 BIS D NO 1 A ESTE - 56

BOGOTÁ, D.C.
RAMÍREZ

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO: 27 AGO/2019 A 27 SEP/2019

Valor Kwh prom. $515.50

CONSUMO MES Kwh 145

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial	RUTA REPARTO:	1000 2 02 211 0083
ESTRATO:	1	RUTA LECTURA:	1000 2 02 211 0081
CARGA kW:	2	MANZANA DE LECTURA:	MS00321023
FACTOR:	1	MEDIDOR NO:	1277774
		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

¿CUÁL ES LA ENERGÍA QUE TE MOTIVA A DESCUBRIR?

La misma que inspiró al maestro Leonardo da Vinci a inventar y crear sus obras. Por eso, en **Enel Codensa-Emgesa** queremos que vivas, de manera sorprendente, el **Da Vinci Experience**: una exposición inmersiva cargada de innovación y tecnología.
Cualquiera que sea tu energía, cree en ella.

What's your power?

Entrada libre.

Fecha:
Desde el 25 de septiembre al 7 de noviembre de martes a domingo, de 10 a.m. a 7 p.m.

Lugar:
Capilla del Teatro ABC. Calle 104 N° 17-22

CROSS MEDIA · Da Vinci · ALL

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

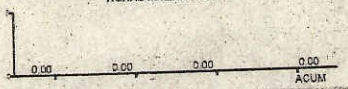
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:195.00 T: 38.22 D: 178.47 CV: 47.50 PR: 35.65 R: 25.44 CF: 0.00 / $515.50 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4510 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 1 04 del mes. Somos autorretenedores según Resolución No 3505 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 podrá hacer uso de ellos dentro 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. 0571 de Diciembre 1997
Esta factura se sobre precia mensualmente de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifica el Código de Medida se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a OR, CNO y usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comuníquese a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115 o 5 115 115, con nosotros.
Centros de Servicio al Cliente:
FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA 02 OCT/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.

RELÁJATE PAGANDO SOLO LO QUE CONSUMES.

En **Enel X** somos expertos en facilitar tu vida, por eso si compartes vivienda o negocio con otras personas, te ayudamos a **independizar tu cuenta** de consumo de energía. No te rayes ¡Conocidos hay muchos, expertos pocos!

Agenda tu cita y financia tu proyecto en el 744 74 74, opción 4
o ingresa a www.enelxstore.co

Cualquiera que sea tu energía, con Enel X, puedes usarla de una nueva forma.

What's your power?

¿Cómo pagar tu factura?

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

Corresponsales Bancarios: Carvajal, cerca, puntored, pagafácil, éxito, MOVIRED, 6 BANCO

Almacenes de Cadena: RED CADE, enel**, ÍTALIKA

Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR

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

GRUPO: 1 CIRCUITO: EN12-21132TR1 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 COD. FACTURACIÓN:
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.

1 Total Energía	+	2 Total Consumos	+	3 Total Aseo	=	Total a Pagar
$35,880		$19,900		$22,060		$77,840

PAGO OPORTUNO: 09 OCT/2019

FECHA DE SUSPENSIÓN: 11 OCT/2019

ENERGÍA

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 28 OCT/2019

CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA	Lectura Actual	−	Lectura Anterior	=	Energía Facturada kWh	×	Valor Unitario kWh	=	Valor Facturado
ENERGÍA	31985		31840		145		$515.50		$74,748
SUBSIDIO	Consumo a subsidiar 130 kWh X		Valor kWh $515.5053	X	Beneficio -58.00%				$-38,885
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1,157 DIARIOS								SUBTOTAL CONSUMOS:	$35,863

Otros cobros asociados a energía

INTERES POR MORA (RES:6-- NORE:28,65- E	$15
AJUSTE A LA DECENA (DEBITO)	$2
SUBTOTAL:	$17

Otros cobros de productos y servicios

ASISTENCIA EXEQUIAL PREFERENCIAL	$19,900

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $35,880

2 TOTAL OTROS: $19,900

✓ 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

PRESTADOR: PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP | ASE No.: 1 | NIT: 901145808-5

CUENTA CONTRATO: 11006633

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.: 566276830

PERIODO DE FACTURACIÓN: 21/06/2019 al 19/08/2019 | DÍAS LIQUIDADOS: 60

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

VOLUMEN: | DENSIDAD: | % PARTICIPACION: 0% | FRECUENCIA RECOLECCION: | FRECUENCIA BARRIDO: | ESTRATO: 1

UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas
Residenciales	2	0
No residenciales	0	0

COSTOS PARA TARIFA

COSTO FIJO TOTAL:	$ 38,396.71
COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:	$ 20,920.07
VALOR BASE APROVECHABLE:	$ 118,577.34

HISTÓRICO DE FACTURACIÓN



TONELADAS POR SUSCRIPTOR

BARRIDO:	0.00259212
LIMPIEZA URBANA:	0.00137317
RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:	0
EFECTIVAMENTE APROVECHADAS:	0.03
RESIDUOS NO APROVECHABLES:	0.03
AFORO NO APROVECHABLE	0

ESTADO DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR
ASEO - SERVICIO RESIDENCIAL	$73,185
ASEO - SUBSIDIO RESIDENCIAL	$-51,230
ASEO - AJUSTE A LA DECENA DEBITO	85
ASEO - INTERES POR MORA	$100

SUBSIDIO 70% | APORTE RESIDENCIAL | APORTE NO RESIDENCIAL 0%

3 TOTAL ASEO: $22,060

PUNTOS DE ATENCION

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A.S E.S.P.	TV 4 No. 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P.	Carrera 58 # 9-17 Local 02 Torre Américas Edificio BOG Américas
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P	Avenida Boyacá # 6 D - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A.S. E.S.P.	Calle 65A No. 93-02
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A.S. E.S.P.	Calle 129 # 54-38

MENSAJES DE INTERÉS

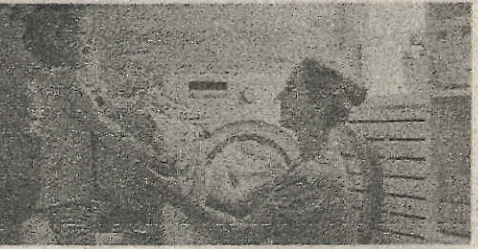
MESES EN MORA

¿CUÁL ES TU ENERGÍA?

La nuestra es enseñarte a aprovechar la tuya al máximo. Ahorra energía mientras lavas, utilizando tu lavadora en su máxima capacidad.

Cualquiera que sea tu energía, cree en ella.

What's your power?



Número de Cliente: 1430104-0

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 566276830-8

(415)7707209914253(8020)011430104056627683O8(3900)00000000077840

PAGO OPORTUNO: 09 OCT/2019

FECHA DE SUSPENSIÓN: 11 OCT/2019

TOTAL A PAGAR: $77,840

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: Sofia Carrillo Ortíz

NUI: 1029281566 Genero: M ___ F X Edad: 12 años

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

Direccion: Calle 1B # 12-64 este

Barrio: Consuelo (Laches) Tel Fijo: 2001822

Tel Movil 1: 3204600044 Tel Movil 2: 3502635183

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: [signature] CC: 52.201187

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Sofia Carrillo Ortíz 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.** 52.201187

Alcaldía de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.029.281.566**

CARRILLO ORTIZ

APELLIDOS

SOFIA

NOMBRES

Sofia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-DIC-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

05-ENE-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00663073-F-1029281566-20150128 0042580680A 2 1443218221

CCF 053

EPS-S UNICAJAS-COMFACUNDI

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA

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

TARJETA DE SALUD 190646

ID Afiliado: 10011369 01187662011/1/16

Ficha: 989244 Nivel Sisben: Contrato 725152010

Nombres: SOFIA CARRILLO ORTIZ

Tipo Documento: RC No. Identidad 1029281566

Fecha de Nacimiento: 29/12/2007 Sexo: F

Discapacidad: Física Síquica Sensorial

Fecha de Afiliación: 29/12/2007 Validez: INDEFINIDO

Dirección: BOGOTA D.C. CL 1B 12 64 ESTE Localidad: 3

I.P.S. Primaria: COMFASALUD CENTRO CL 17 10 16 P9 Tel 3422788

CCF 053

EPS-S UNICAJAS-COMFACUNDI

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA

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

TARJETA DE SALUD 190646

ID Afiliado: 10011369 01187662011/1/16

Ficha: 989244 Nivel Sisben: Contrato 725152010

Nombres: SOFIA CARRILLO ORTIZ

Tipo Documento: RC No. Identidad 1029281566

Fecha de Nacimiento: 29/12/2007 Sexo: F

Discapacidad: Física Síquica Sensorial

Fecha de Afiliación: 29/12/2007 Validez: INDEFINIDO

Dirección: BOGOTA D.C. CL 1B 12 64 ESTE Localidad: 3

I.P.S. Primaria: COMFASALUD CENTRO CL 17 10 16 P9 Tel 3422788

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

25808647

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

@grupovanti @grupovanti Grupo Vanti

Factura de Servicios Públicos No. **A197207491**

Fecha factura **09Dic2019**

ORTIZ GAITAN ANA GRACIELA
CL 1B 12 ESTE 64 1 2
Municipio: BOGOTA
Dirección Correspondencia: CL 1B 12 ESTE 64 1 2
Lote: 05321

Sector: LOS LACHES
Ruta: 13001300300935

Código Postal: 110321303

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

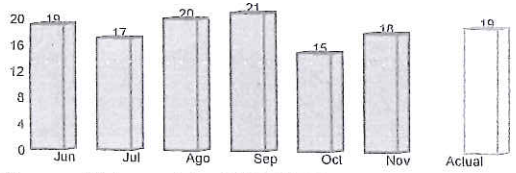
Total a pagar **34,100**

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: 195.87 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 147.06 P.C. : 47.009 MJ/M3

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 =	
15 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	28,805
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-11,677
INT. RECARGO/PAGO TPD (0,0160%	3
SUBTOTAL	$ 17,131
RECAUDO	16,969
COORSERPARK-PROT.EXEQUIAL	
SUBTOTAL	$ 16,969
TOTAL	$ 34,100



Doblar y rasgar

Doblar y rasgar

Vanti S.A. ESP NIT 800.007.781-5

Resolución 1959 de julio 17 de 1998. IVA Régimen Común. Facturación según Res. CREG 154 - Septiembre 97. Dir: Cl 4 No. 5-38

Estación 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: Moreno Yara Miryen Sarai.

NUI: 1.016.714.592. Genero: M___ F X Edad: 13 años

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

Direccion: Cll 1ª Bis ª # 2ª 09

Barrio: El Triunfo Tel Fijo: 813 76 23.

Tel Movil 1: 320 322 9110 Tel Movil 2: 314 293 6239.

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: Leidy Johanna Yara Peña **CC:** 53.006.449

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Moreno Yara Miryen Sarai 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: Leidy J Yara Peña **CC.** 53.006.449.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.016.714.592

MORENO YARA

APELLIDOS

MIRYEN SARAI

NOMBRES

Miryen Sarai

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-2006

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-JUN-2024
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ F
G S RH SEXO

09-SEP-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00495039-F-1016714592-20131011 0035431905A 1 1182537451

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

capital salud eps-s

MIRYEN SARAI MORENO YARA
RC 1016714592 Sexo: F Fecha Nac.:29/06/2006
Doc Cabeza Familia:CC91362921 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 11/06/2008 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben: 439189 - 2
BOGOTA BOGOTA-CL 3 1 70 E Zona:
Localidad3 Dir.: CL 3 1 70 E CARTAGENA
IPS Medica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
IPS Odontologica: HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E 3339194
JessicaEM 37040920123807 31178132

TURA POR 2 MES

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Linea de atención y emergencias 116 Acualinea
www.acueducto.com.co

NIT. 899.999.094-1

Datos del usuario

TOBIAS RODRIGUEZ
CL 1A BIS A 2A 09

SANTA FE
RAMIREZ

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

ZONA: 4 **CICLO:** F4 **RUTA:** F44236

Datos del medidor

MARCA: IBERCONTA NÚMERO: 10077211 TIPO: VELO015B DIÁMETRO: ½"

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta: 10177902

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos: 32283124819

TOTAL A PAGAR
Agua + Alcantarillado + Aseo (ver al respaldo) + Cobro a terceros (ver al respaldo): $114.768

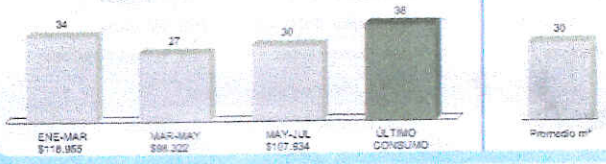
Fecha de pago oportuno: OCT/29/2019

Fecha límite de pago para evitar suspensión: NOV/01/2019

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	4849	CONSUMO (m³)	38
LECTURA ANTERIOR:	4811		
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargue fuente alterna	0

Últimos consumos m³



Periodo facturado
JUL/27/2019 - SEP/24/2019

FECHA DE EXPEDICIÓN OCT/16/2019 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA DIC/19/2019

Resumen de su cuenta

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	38	$2.610,02	$99.161	$39.673-	$1.566,01	$59.508
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no esidencial (m3)						
Subtotal Acueducto (1)			$112.545	$45.018-		$67.527
Alcantarillado						
Cargo fijo residencial	1	$6.311,96	$6.312	$2.525-	$3.787,18	$3.787
Consumo residencial básico	38	$2.730,00	$103.740	$41.496-	$1.638,00	$62.244
Consumo residencial superior a básico						
Cargo fijo no residencial						
Consumo no residencial (m3)						
Subtotal Alcantarillado (2)			$110.052	$44.021-		$66.031

Otros Cobros	No.	Cuota	Interés	Total	Saldo
Ajuste a la Decena				$2	
Dec. 064/12 Mín. Vital				$18.792-	
Subtotal Otros Cobros (3)				$18.790-	

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 (1)+(2)+(3)+(4) $114.768

CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO $66.779

CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO $2.226

Cadena s.a. Nit. 890.930.346



Denuncie en la Acualínea 116

cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerá la disponibilidad de sus servicios públicos.

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Presencia de personal ajeno a funcionarios de la empresa manipulando cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición.
- Cualquier otra actividad irregular que se observe en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura atenta contra la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones en el servicio.

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Estación Tempel

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: Peña Medina Maria Paula.

NUI: 1.034 284 498 Genero: M____ F X Edad: 13 años

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

Direccion: Cll 1ª Bis A # 2ª 09

Barrio: El Triunfo Tel Fijo: 476 1435

Tel Movil 1: 311 878 65.02 Tel Movil 2: 3203229110.

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:** 52852943 BTA

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Peña Medina Maria Paula. 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.** 52852943



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

Nombre del afiliado: MARIA PAULA PEÑA MEDINA
Identificación del afiliado: TI 1034284498
Nombre del cotizante: JENNY JOAHNNA MEDINA PISCAL
Identificación del cotizante: CC 52852911
Fecha de afiliación: 20121009
Discapacidad: Sensorial Física Síquica

www.compensar.com

Líneas de atención
Nacional: 018000 915202
Bogotá: 444 1234

Consulte sus derechos y deberes en:
www.compensar.com
Línea de atención al usuario Superintendencia Nacional de Salud:
Línea nacional (018000 913770)

IPS Asignada:

- Este carné personal e intransferible.
- Para utilizar los servicios de salud identifíquese con su documento de identidad.
- Reporte a la EPS todos los cambios en sus datos personales, como teléfono, dirección y cambios de documento de identidad de sus beneficiarios.
- Conserve este carné, en caso de cambiar de empleador éste seguirá vigente.
- Si encuentra este carné agradecemos devolverlo a la oficina de afiliaciones de Compensar EPS.

- **Citas médicas y odontológicas:** Comuníquese con el 444 1234 o ingrese a la página web www.compensar.com/citasmedicas
- **Información sobre laboratorio clínico y radiología:** Comuníquese al 444 1234.
- En caso de urgencia diríjase a una de las instituciones de la red de COMPENSAR EPS más cercana.
- Si el usuario hace uso del servicio de urgencias sin que aplique esta condición a criterio médico, deberá cancelar el valor total de la atención. Art. 16 Resolución 5261 del 5 de agosto/94 Ministerio de Protección Social.
- Pregunte y asista con su grupo familiar a los Programas de Promoción y Prevención en nuestra EPS.

Afiliarse al POS de COMPENSAR es muy Fácil

Instrucciones y recomendaciones de uso:

1. Recorte el carné por la línea punteada y dóblelo por la mitad.
2. Este carné es personal e intransferible.
3. Este documento no garantiza la prestación de los servicios ante la EPS. La prestación de los mismos se garantiza al momento de asistir a los servicios de salud por medio de la validación del estado de afiliación en el sistema de información de la EPS.
4. La presentación de este documento no es pre-requisito para la prestación de los servicios de salud.





Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cite este número

711051

Factura de Servicios Públicos No. **A196080561**

Fecha factura **21Nov2019**

PINEROS CIFUENTES ALBERTO
CL 1A BIS A 2A 9 1
Codigo Postal: 110321456
Municipio: BOGOTA
Sector: GIRARDOT
Direccion Correspondencia: CL 1A BIS A 2A 9 1
Lote: 14322 Ruta: 13001300257905

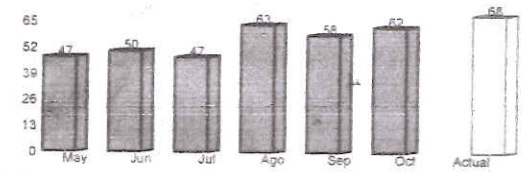
Total a pagar **100,260**

Pagar antes de **05Dic2019**

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

ATENCION: el costo de la reconexión por suspension es de $46.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 671.60 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 140.89 P.C. 46.496 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 16407	Periodo facturado	Oct-2019 Nov-2019
Lectura anterior	7597	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	7665	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	68	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	17-Oct-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	18-Nov-2019	Tarifa	D1

Gas Natural, 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

Colombia tiene gas natural suficiente para garantizar el abastecimiento en hogares, vehículos e industrias #SíHayGas

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

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
20 M³ X 1975.4500 PESOS/M³	39,509
CONS. SIN SUBSIDIO =	
32 M³ X 1722.3900 PESOS/M³	55,116
AJUSTE DECENA	4
MENOS SUBSIDIO (42.3%)	-16,710
INT. RECARGO/PAGO TPD (0.0160%	22
SUBTOTAL	$ 77,941
RECAUDO	22,319
COORSERPARK-PROT.EXEQUIAL	
SUBTOTAL	$ 22,319
TOTAL	**$ 100,260**

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 del 2012, evita 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 CUvm1722.39($/m3) Gm691.45 Tm549.42 Dm 439.17 Componente Cufm 3118.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3118.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00.765K101.005K201.00Pa10.89Pd00.32Altura2477Tme14,1200

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
06Dic2019

(415)7707208029194(8020)007110511911201 9(3900)0000100260

Gas Natural, S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
711051	A196080561
Fecha factura	Total a pagar
21Nov2019	100,260

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

Válido únicamente con firma y/o sello del cajero

Estacion Tempel

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 lopez Brandon Yesid.

NUI: 1.034 295. 376. Genero: M X F ____ Edad: 10 años

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

Direccion: kra 1 #1.54.

Barrio: Gran colombia Tel Fijo: 733 99 29

Tel Movil 1: 300 825 39 72 Tel Movil 2: 313 398 8159

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: INGRID ALFONSO **CC:** 1026292623

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Alfonso lopez Brandon Yesid 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: INGRID ALFONSO **CC.** 1026292623

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.295.376**

ALFONSO LOPEZ
APELLIDOS

BRANDON YESID
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-SEP-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-SEP-2027 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-DIC-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00881458-M-1034295376-20170208 0053511797A 1 1164220471

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	1034295376
NOMBRES	BRANDON YESID
APELLIDOS	ALFONSO LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/06/2020 11:24:54	Estación de origen:	190.26.172.152

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 pago por medios electrónicos o cualquier inquietud cita este número:

11679509

Gas Natural, 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

Factura de Servicios Públicos No. **A196071209**
Fecha factura **21Nov2019**

LOPEZ CARDENAS LUZ STELLA
KR 1A 1 54 101
Municipio: BOGOTA
Sector: GIRARDOT
Dirección Correspondencia: KR 1A 1 54 101
Lote: 14322
Ruta: 13001300254080
Código Postal: 110321394

Colombia tiene gas natural suficiente para garantizar el abastecimiento en hogares, vehículos e industrias #SíHayGas

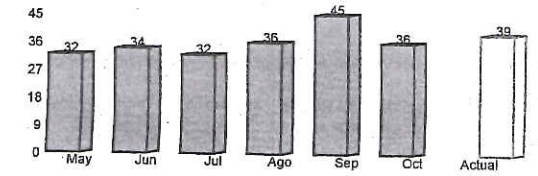
Tu marca puede estar en nuestra factura
Más información en 650 2012

Total a pagar **61,290**
Pagar antes de **05Dic2019**

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: 387.46 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 145.37 P.C. : 46.496 MJ/M3

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO = 20 M³ X 1955,2200 PESOS/M³	39,104
CONS. SIN SUBSIDIO = 10 M³ X 1722,3900 PESOS/M³	17,224
AJUSTE DECENA	4
MENOS SUBSIDIO (53,9%)	-21,059
SUBTOTAL	$ 35,273
122-ADECUACION INTERNA (003/006)	15,707
INT. INTERNA/ARTERFACTO (003/006)	990
SUBTOTAL	$ 16,697
SERVIHOGAR PLUS	7,832
IVA SERVIHOGAR	1,488
SUBTOTAL	$ 9,320
TOTAL	$ 61,290

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima
122	64,296	48,589	1.54	2.11

BANCO GNB SUDAMERIS
SUPERINTENDENCIA
04 DIC 2019

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, 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.

Datos de medición

No. Medidor	DM 04-04-5 3485	Periodo facturado	Oct-2019 Nov-2019
Lectura anterior	6942	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	6981	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	39	Estrato/Categoria	1
Fecha de lectura	17-Oct-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	19-Nov-2019	Tarifa	D1

Res CREG 137/13 COMPONENTE CUvm1722.39($/m3) Gm691.45 Tm549.42 Dm 439.17 Componente Cuim 3118.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3118.00 Fpcm1.14 Ccm0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,765Kt01,005Kz01,00Pa10,89Pd00,32Altura2477Tme14,1200

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
06Dic2019

Para otra referencia y excepto en materia de litigios por financiación ordinaria o extraordinaria de servicios - Resolución 4959 de julio 17 de 1998. IVA Régimen Común. Facturación según Res. CREG 154 - Septiembre 97. Dir. Cl

Estación Torpel

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: Sandoval linares Johan Alejandro.

NUI: 1.014.667.397 Genero: M X F ____ Edad: 12 años

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

Direccion: Kra 1 # 1.54

Barrio: Gran Colombia Tel Fijo: 233 9929

Tel Movil 1: 311 891 27 58. Tel Movil 2: 300 825 39 72

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: INGRID ALFONSO **CC:** 1026292623.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Sandoval linares Jhoan Alejandro 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: INGRID ALFONSO **CC.** 1026292623