

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: Justin Alejandro castillo Rincon
NUI: 1'019'606'140 Genero: M ☒ F ☐ Edad: 12

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

Dirección: Dg 3ª # 1-39
Barrio: lourdes Tel Fijo: 661 09 95
Tel Movil 1: 321 352 7945 Tel Movil 2: 313 874 7973

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION ☐

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA ☐

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 16 ☐ Otro: L Cual ☐

Firma Acudiente: Ismael Alejandro castillo cc: 79962604

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Justin Alejandro castillo Rincon 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: Ismael A. castillo cc: 79962604



FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-2007
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-AGO-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
05-FEB-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+ M
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CAJUNO VACA

INDICE DERECHO



P-1500150-00786288-M-1019606140-20160211 0048270168A 1 1163781169

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.019.606.140
CASTILLO RINCON
APELLIDOS
JUSTIN ALEJANDRO
NOMBRES



Justin castillo
FIRMA



BOGOTÁ, Junio 13 de 2018

Señora:
RINCON REBOLLEDO ANDREA YEXENIA
CC. 53166249
DG 3B 1 39 ESTE - 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 Agosto 29 de 2008.

Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASTILLO RINCON JUSTIN ALEJANDRO	1019606140	T	Sep-27-2011	284	100	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	May-1-2018	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna
RINCON REBOLLEDO ANDREA YEXENIA	53166249	C	Ago-29-2008	360	0	COTIZANTE	NO VIGENTE	May-1-2018	Desafiliado por desvinculación laboral	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
ALMACENES EXITO SA	53166249	Dependiente	CERRADO
ANDREA YEXENIA RINCON REBOLLEDO	53166249	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
CASA LIMPIA SA	53166249	Dependiente	CERRADO
CASA LIMPIA SA	53166249	Dependiente	CERRADO
EFIVENTAS Y SERVICIOS SAS	53166249	Dependiente	CERRADO
LADOINSA LABORES DOTACIONES INDUSTRIALES SAS	53166249	Dependiente	CERRADO
MANPOWER DE COLOMBIA LTDA	53166249	Dependiente	CERRADO
PROYECCION LABORAL SAS	53166249	Dependiente	CERRADO
PROYECCION LABORAL SAS	53166249	Dependiente	CERRADO
SERVILIMPIEZA S A	53166249	Dependiente	CERRADO
TS TEMSERVICE S A S	53166249	Dependiente	CERRADO
TS TEMSERVICE S A S	53166249	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Enero 1 de 2018, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros.

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 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

enel

codensa



¿Quieres tu factura virtual?
Escanea el código

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



PAPEL
ECOLÓGICO

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

2387183-8

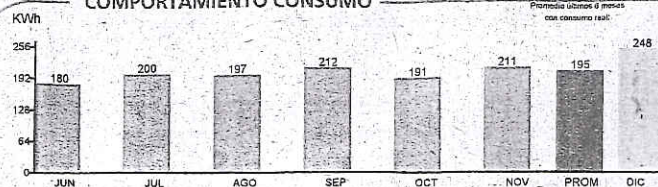
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 573190909-0

CLIENTE

50044

ANA MARIA REBOLLEDO GONZALES
DG 03 B NO 01 B ESTE - 39
BOURDES
BOGOTÁ, D.C.
BOURDES

COMPORTAMIENTO CONSUMO



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

Valor Kwh prom.
\$524.19

CONSUMO MES Kwh
248

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial RUTA REPARTO: 1000 2 01 217 0250
ESTRATO: 2 RUTA LECTURA: 1000 2 01 217 0254
CARGA KW: 3 MANZANA DE LECTURA: MS00321234
FACTOR: 1 MEDIDOR NO: 780022
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 TU ENERGÍA?

La nuestra es hacer que la tuya sea imparable. Por eso nos reinventamos todos los días para darte soluciones que mejoran tu calidad de vida. Cualquiera que sea tu energía, cree en ella.

What's your power?

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

G:216.92 T: 36.79 D: 170.54 CV: 48.39 PR: 39.49 R: 12.04 CP: 0.00 / \$524.19 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONOMICA 0103 Comercio de Energía Electrica Tarifa 11.04 por int. Sonora autotransmision segun Resolucion No. 3305 de Diciembre de 1997. IVA Regimen Comum. CUMPLIMIENTO RESOLUCION CREG 029 DE 1994.

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. Sonora grandes contribuyentes segun Resolucion No. 3371 de Diciembre 1997.

Esta factura de costo promedio mensual se genera de conformidad con el Artículo 130 de la Ley 142 de 1994. En cumplimiento de la resolución CREG 50711 conmutar por medio con el consumidor CREG 195-11.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 029 de 2014, la cual modifica el Código de Mérito, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades imputables a CODENSA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, se invita a consultar en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 7 115 115, línea de Bogotá al 01 9000 212 115 o a 115 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

FECHA DE EXPEDICIÓN FACTURA: 29 NOV/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

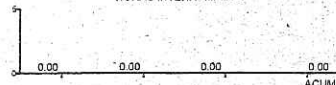


CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE:
CRO: \$0

Consumo promedio de trimestre: 0.00 kWh

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



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

What's your power?

Conecta



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	1019606140
NOMBRES	JUSTIN ALEJANDRO
APELLIDOS	CASTILLO RINCON
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
RETIRADO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2011	31/03/2018	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 01/07/2020 16:07:26 | 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.

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 esta 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](#)



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 Andres Sarmiento Casas

NUI: 1.034.298.944 Genero: M ☒ F ☐ Edad: 9

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

Dirección: Kr 5 19

Barrio: Las nieves Tel Fijo: 2810349

Tel Movil 1: 311 5054029 Tel Movil 2: 3202359572

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☒ 14 ☐ 16 ☐ Otro: ☐ Cual

Firma Acudiente: Vivianz Marcela Casas cc: 52.888.305

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Cristian Andres Sarmiento Casas 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: Vivianz C250 cc: 52.888.305 etc.

Nombre del afiliado: CRISTIAN ANDRES SARMIENTO CASA

Identificación del afiliado: RC 1034298944

Nombre del cotizante: VIVIANA MARCELA CASAS MENDEZ

Identificación del cotizante: CC 52888305

Fecha de afiliación: 20161214

Discapacidad: Sensorial Física Síquica

www.compensar.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.034.298.944

SARMIENTO CASAS

APELLIDOS

CRISTIAN ANDRES

NOMBRES

Cristian Sarmiento

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-2010

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

18-DIC-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

13-FEB-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALENO VACHA



P-1500150-00985249-M-1034298944-20180307

0059833498A 2

1464829950

Número de cuenta / Referencia de pago

Para pago por medios electrónicos a cualquier instante ingresa este número:

5443071

Factura de Servicios Públicos No. **A195464275**
Fecha factura **15Nov2019**

GONZALEZ PIZANO LUIS FRANCISCO
KR 5 19 74 301

Código Postal:
110311492

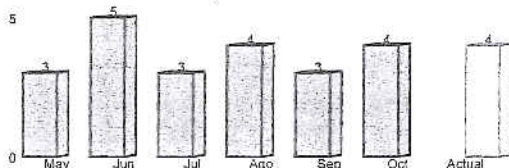
Municipio: BOGOTÁ Sector: LA VERACRUZ
Dirección Correspondencia: KR 5 19 74 301
Lote: 09221 Ruta: 13001320012230

Total a pagar **37,360**
Pagar antes de **INMEDIATO**

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

ATENCIÓN: el costo de la reconexión por suspensión es de \$40.021

Sus consumos de gas en los últimos seis meses fueron:



Su Consumo en M3 de gas equivale a: 35.69 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES \$ 130.16 P.C. : 47.835 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 4

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa máxima

Datos de medición

No. Medidor	DM 71-11-5 684308	Periodo facturado	Oct-2019 Nov-2019
Lectura anterior	647	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	651	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	4	Estrato/Categoría	3
Fecha de lectura	10-Oct-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de factura	15-Nov-2019	Tarifa	D1

Res. CREG 137/13 COMPONENTE CU/vm1722.39(3/m3) Gm691.45 Tm549.42 Dm 439.17 Componente Cuím 3118.00(5/Factura) Dfm0.00 Cm3118.00 Ppcm1.14 Com0.00 p8.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,765Kl01,005Kz01,00Pa10.89Pd00,32Altura2477Tme14,0500

Gas Natural, 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

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

#SiHayGas

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

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONSUMO GAS =	5,187
3 M ³ X 1,722,390 PESOS/M ³	3,118
FIJO	2
AJUSTE DECENA	83
INT. RECARGO TPD (0.0160%)	
SUBTOTAL	\$ 8,370
SUBTOTAL	8,370
SALDO ANTERIOR	28,990
TOTAL	\$ 37,360

Revisión Periódica de la instalación interna

La Revisión de la instalación interna es la 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 3078121

Aviso

Apreciado usuario, tengo presente que la empresa procederá a suspender el servicio de forma inmediata por falta de pago oportuno de un período de facturación y, cuando lo emisor lo requiera, en caso de que se impida o destruya el código al medidor o a la instalación interna y los antecedentes de consumo. El costo de la reconexión, lo asume el cliente.

Fecha de suspensión por no pago oportuno de esta factura
29Jul2019



(415)7707208029194(8020)0544307113112019(3900)0000037360

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

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
5443071	A195464275
Fecha factura	Total a pagar
15Nov2019	37,360

Si concorda con esta factura debe ser sellada y firmada por Gas Natural S.A. ESP.

Válida únicamente con timbre y/o sello del cajero

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: Brandon Armando Cruz Roldán

NUI: 1028496287 Genero: M ☒ F ☐ Edad: 8 años

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

Dirección: Calle 3A # 1-26 Este

Barrio: Lourdes Tel Fijo: 9572615

Tel Movil 1: 3142049873 Tel Movil 2: 3187290004

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☒ 12 ☐ 14 ☐ 16 ☐ Otro: ☐ Cual

Firma Acudiente: Maryoli Roldán R. CC: 52538896 BH

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Brandon Armando Cruz Roldán 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: Maryoli Roldán CC: 52538896 BH

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: **1.028.496.287**

CRUZ ROLDAN

APELLIDOS
BRANDON ARMANDO

NOMBRES

Brandon Cruz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO: **02-ENE-2012**

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-ENE-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

12-FEB-2019 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO

INDICE DERECHO

P-1600150-01067307-M-1028496287-20190315 0964851991X 1465346404

CARNÉ AFILIADO POS		Famisanar EPS	
CABEZA GRUPO FAMILIAR	CATEGORÍA		
CC 79769407	A		
DATOS DEL AFILIADO	TIPO DE AFILIADO		
CRUZ ROLDAN BRANDON ARMANDO	RC 1028496287	Beneficiario	
IPS PRIMARIA	DISCAPACIDAD		
CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR			
URGENCIAS HASTA	FECHA AFILIACIÓN		
*****	01/02/2012		



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: Karol ximena Cruz Roldan

NUI: 1.033.709.183 Genero: M ☐ F ☒ Edad: 13

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

Dirección: dalle 3a # 1-26 este

Barrio: Lourdes Tel Fijo: 7572615

Tel Movil 1: 3142049873 Tel Movil 2: 3187290004

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 16 ☒ Otro: ☐ Cual

Firma Acudiente: Maryoli Roldan R. CC: 57538896 Btd

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Karol ximena Cruz Roldan 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: Maryoli Roldan CC. 52538896 Btd

Alcaldía de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.033.709.183

CRUZ ROLDAN

APELLIDOS

KAROL XIMENA

NOMBRES

Karol Ximena Cruz Roldan

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-2007

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

03-ENE-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

20-JUN-2014 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ALBERTO TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00622392-C-1033709183-20141215 004494515-A-1 146299875

CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar
EPS

CABEZA GRUPO FAMILIAR CATEGORÍA

CC 79769407 A

TIPO DE AFILIADO

DATOS DEL AFILIADO

CRUZ ROLDAN KAROL TI. 1033709183 Beneficiario

XIMENA

DISCAPACIDAD

IPS PRIMARIA

CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

URGENCIAS HASTA FECHA AFILIACIÓN

***** 01/11/2007



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: Brayan Camilo Cruz Roldan

NUI: 1.026.276.724 Genero: M ☒ F ☐ Edad: 10

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

Dirección: calle 3a # 1-26 este

Barrio: Lourdes Tel Fijo: 7572615

Tel Movil 1: 3142049873 Tel Movil 2: 3187290004

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☒ 14 ☐ 16 ☐ Otro: ☐ Cual

Firma Acudiente: Maryoli Roldan R CC: 52538896 Btd

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Brayan Camilo Cruz Roldan 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: Maryoli Roldan CC: 52538896 Btd

Alcaldía de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: **1.026.276.724**

CRUZ-ROLDAN

APELLIDOS
BRAYAN CAMILO

NOMBRES

Brayan Camilo Cruz Roldan

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-2009**

BOGOTÁ D.C
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

16-NOV-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

10-FEB-2017 BOGOTÁ D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GARCÍA VÁSQUEZ

P-1500150-00889679-M-1026276724-20170317 0054304907A-T 1464907282

CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar
 EPS

CABEZA GRUPO FAMILIAR	CATEGORÍA	TIPO DE AFILIADO
CC 79769407	A	Beneficiario
DATOS DEL AFILIADO CRUZ ROLDAN BRAYAN CAMILO RC 1026276724		
IPS PRIMARIA CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR		
URGENCIAS HASTA	FECHA AFILIACIÓN	
*****	15/01/2010	



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: Paula Sofia Angel Roldan

NUI: 1028680664 Genero: M ☐ F ☒ Edad: 12 años

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

Dirección: Calle 3A # 1-26 Este.

Barrio: Lourdes. Tel Fijo: 7572615

Tel Movil 1: 314 2049873. Tel Movil 2: 3187290004

ALIMENTACION:

¿Tiene alguna restricción medica en relación a la comida? SI ☐ NO ☒ CUAL

MENU VEGETARIANO SI ☐ NO ☒ OBSERVACION

TOMA ALGUN MEDICAMENTO SI ☐ NO ☒ COPIA DE LA FORMULA

¿TIENE ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CUAL?

Talla Camiseta: (tenga en cuenta contextura física):

6 ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 ☐ 14 ☐ 16 ☒ Otro: ☐ Cual

Firma Acudiente: Maryoli Roldan B. cc: 52538896 Bta

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Paula Sofia Angel Roldan 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: Maryoli Roldan cc: 52538896 Bta

Alcaldía de Bogotá



Sexo: F

31044079

Paula S. Arnold



RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.



1954年12月15日

