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: Shonnatan Camilo niño alvarado

NUI: 1016596573 Genero: M X F ____ Edad: 12

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

Direccion: Cra 5 este # 2C - 19

Barrio: rocio Tel Fijo: 8008339

Tel Movil 1: 3183296313 Tel Movil 2: 3222332909

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: ____ **CC:** 1010197150

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Shonnatan Camilo niño Alvarado 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.** 1010197150

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.596.573

NIÑO ALVARADO
APELLIDOS

JHONNATAN CAMILO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-SEP-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

10-MAY-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1500150-00836125-M-1016596573-20160629 0050280672G 1 46454077



1627850.6

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 411[illegible]

COMPAÑÍA S.A. ESP. NIT 830.037.248.6
Cra. 15A No. 95-48

CLIENTE

JUAN BAUTISTA FRANCO
KR 5 ESTE NO 2 C - 12

BOGOTÁ, D.C.
GIRARDOT

COMPORTAMIENTO CONSUMO

PERIODO FACTURADO:	VALOR KWH (kWh):	CONSUMO (kWh):
[illegible]	702.62	75

CALIDAD DEL SERVICIO

TRIMESTRE: MAR - JUN
Costo de racionamiento: $1550.2
Consumo promedio de trimestre: 75.667 kWh

HORAS INTERRUPCIÓN

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO:	Residencial
ESTRATO:	2
CARGA KW:	3
FACTOR:	1
RUTA LECTURA:	1000 2 02 213 0157
RANZAMA DE LECTURA:	MS0302211
MEDIDOR NO:	1371
MEDIDOR NO:	

COMPONENTE TARIFARIO

G:	155.78
T:	32.93
D:	142.32
CV:	37.74
PR:	23.56
R:	9.45
OF:	0.00
	402.62

Cargo Fijo: [illegible]



CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 79483089

CATEGORIA
A

DATOS DEL AFILIADO
NIÑO ALVARADO
JHONNATAN CAMILO

RC 1016596573

TIPO DE AFILIADO
Cotizante

IPS PRIMARIA
COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO

DISCAPACIDAD

URGENCIAS HASTA
****

FECHA AFILIACIÓN
01/10/2012



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 es 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 tanto acuda inicialmente a su centro de atención.

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

Solicitud de citas CAFAM 307 76 11 / COLSUBSIDIO 344 40 00
Información en Bogotá - 307 2000
Fuera de Bogotá sin costo - 01 8000 91 66 52
www.famisanar.com.co

Recuerda la importancia de cumplir con sus derechos y deberes como afiliado a EPS Famisanar Ltda.
Línea de Atención Supersalud 491 70 00 en Bogotá / En el resto del país 01 8000 11 40 10 Línea Gratuita Nacional

Vigilado Supersalud

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Seguimiento Administrativo Ente Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Fecha de corte: 16/11/2019

Sin datos en el régimen Subsidiado

Subsidiado Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 31/10/2019

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

Contributivo Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 31/10/2019

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

NO DISPONIBLE - Fuente: NO DISPONIBLE - Fecha de corte:

No se encontraron registros

Encuesta Sisbén Metodologia III - Fuente: Departamento Nacional de Planeación - Fecha

Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ficha Sisbén	Puntaje Sisbén	Nivel Sisbén
Datos	1979372	TI	1016596573	NIÑO	ALVARADO	JHONATHAN	CAMILO	3675252	21.23	1

Registros Población Especial - Fuente: Listados censales de autoridades competentes - Fecha de corte: 16/11/2019

No se encontraron registros

Registros SIVIC (antes SidesWeb) - Fuente: Sistema SIVIC Alcaldía de Bogotá - Fecha de corte: 01/11/2019

No se encontraron registros

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: Ashly michell peña castro

NUI: 1028682274 Genero: M____ F X Edad: 10 años

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

Direccion: calle 1 bis # A 06

Barrio: el balcon Tel Fijo:

Tel Movil 1: 300 368 30 47 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__ 10X 12__ 14__ 16__ Otro: ___ Cual ____

Firma Acudiente: Rosalia Quintero CC: 20329201

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Ashly michell peña castro 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. 20329201

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.682.274
PEÑA CASTRO
APELLIDOS
ASHLY MICHELL
NOMBRES



ashly peña
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-OCT-2027
FECHA DE VENCIMIENTO
O+ F
G. S. RH SEXO
25-ENE-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00890535-F-1028682274-20170324 0054472131 A 4 1164284113

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	1028682274
NOMBRES	ASHLY MICHELL
APELLIDOS	PEÑA CASTRO
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	13/08/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/09/2020 09:35:28	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

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:

0295944-7

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576863985-7

CLIENTE

56212

ROSALIA QUINTERO VARGAS
CL 1 BIS NO 1 A 6
BOGOTA D.C
RAMÍREZ

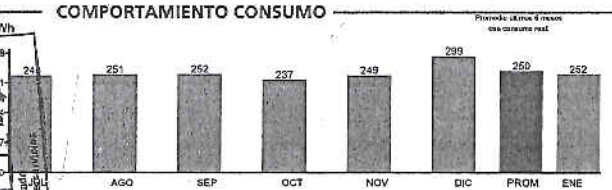
ACUERDO PAGO ☐
ATS
PAGO ANTICIPADO ☒ 21-01-20
ATENCIÓN / SEDE Sm. Diego
FECHA MÁXIMA DE PAGO

Recuerda cancelar a más tardar en la fecha máxima para que tu pago sea aplicado correctamente.
Recuerda cancelar oportunamente tu factura, tu historial crediticio es importante para nosotros. Pagos de riesgo será positivo.

enel codensa

COMPORTAMIENTO CONSUMO

Promedio últimos 6 meses con consumo real



PERIODO FACTURADO:	Valor Kwh prom.	CONSUMO MES Kwh
27 NOV 2019 A 27 DIC/2019	$528,03	252

INFORMACIÓN DE LA CUENTA		
CLASE DE SERVICIO:	Residencial	TARIFA APARTO: 1000 2 02 210 0362
ESTRATO:	2	RUTA LECTURA: 1000 2 02 210 0368
CARGA kW:	4	MANZANA DE LECTURA: MS00321013
FACTOR:	1	MEDIDOR NO: 28924586
		MEDIDOR NO:

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





Contáctanos

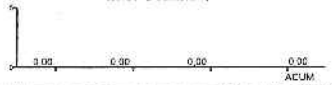
ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE	EMERGENCIAS
7 115 115	115
DENUNCIAS	DEFENSOR DEL CLIENTE
5 894 894 denuncias@enel.com	defensor@enel.com
ASEO SERVICIO AL CLIENTE	
110	

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

CALIDAD DEL SERVICIO

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

HORAS INTERRUMPIDAS



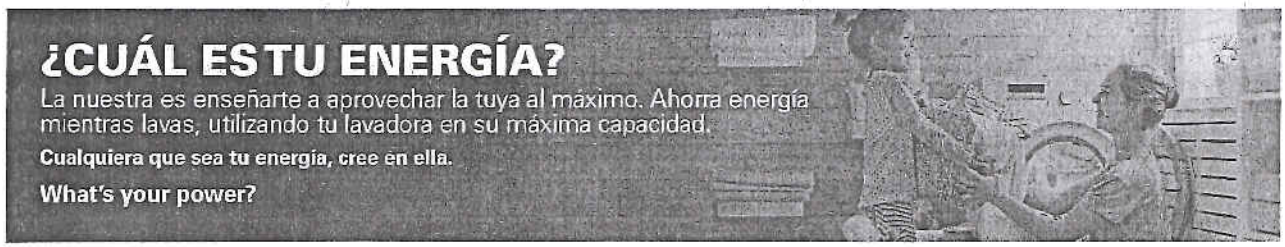
COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:
G:221,57 T: 58,96 D: 173,19 CV: 47,99 PR: 40,03 R: 6,28 CF: 0,00 / $528,03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3305 de Diciembre de 1997 IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1995.
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 dicha vía 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 1997.
Esta factura se cobra previa inicio y exclusivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994. En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co/es/CREG-156-11
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 031 de 2014, le cual modifica el Código de Medida se establecieron obligaciones, acreedores 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 comunicate a la línea 7 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115 o 5 115 115, o en 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 pagar tu factura?

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

Corresponsales Bancarios: BBVA, Bancolombia, Cerca, Puntored, Carvajal, pagofácil, MOVIRED, Baloto

Almacenes de Cadena: Red Cade, Centros de Servicio enel, Éxito, Jumbo, Metro, Pomona, Surtimax

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: CP28-39953TR1 - NIVEL DE TENSIÓN:1 COD. FACTURACIÓN: Si realiza el pago en un 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.
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.

56212 AS W
73,623 - Page 1 of 4

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: Anny Yorley Riascos Ordoñez.

NUI: 1777 779 509 Genero: M___ F X Edad: 13

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: 321 3994284 Tel Movil 2: 3162280307

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: María Fernanda Ordoñez **CC:** 31 611 606.

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Anny Yorley Riascos 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 fernanda o. **cc.** 31611606



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-2006
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
25-JUN-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
29-OCT-2013 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-3101900-00539693-F-1111779509-20140124 0036774785A 3 41162532

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.111.779.509
RIASCOS ORDOÑEZ
APELLIDOS
ANNY YORLEY
NOMBRES



anyorei
FIRMA

Sisbén

El futuro es de todos

DNP Departamento Nacional de Planeación

Base Certificada Nacional - Corte: Diciembre de 2018 – Doceavo corte Resolución 0284 de 2019

Nombre:	ANNY YORLEY	**Apellidos**	RIASCOS ORDOÑEZ
Tipo de Documento:	Tarjeta de Identidad	**Número de Documento:**	1111779509
Codigo municipio:	11001	**Ficha:**	5055448
Área:	14 Ciudades	**Puntaje:**	21,86
Departamento:	Bogotá	**Municipio:**	Bogotá D.C.
Fecha ingreso de la persona:		4 de abril del 2017	
Ultima actualización de la ficha:		4 de abril del 2017	
Ultima actualización de la persona:		4 de abril del 2017	
Antiguedad actualización de la persona:		22 meses	
Estado:		VALIDADO	

Para cualquier novedad relacionada con la información registrada en la encuesta del Sisbén, por favor contactese con:

Nombre administrador:	HELMUTH MENJURA
rección:	CADES y SUPERCADES De Bogotá
Teléfono:	3358000 Opción 2
Correo electronico:	encuestasisben@sdp.gov.co

VALIDADO: La información aquí registrada debe ser verificada en la página web www.sisben.gov.co opción consulta de puntaje

Número de cuenta / Referencia de pago

6700566

Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti

Línea de atención al cliente
307 81 71, L a V de 7:00 a 6 pm
y sábados de 7 am a 1 pm
Municipios celular
01 8000 947 794 opción 4

Línea de urgencias,
reportes fugas y escapes
las 24 horas
Fijo o móvil 164
Servihogar 307 81 71

Factura de Servicios Públicos No. **A198812845**
Fecha factura **24Dic2019**

ESCANDON CUELLAR EDUARDO
CL 3 3A 49
Código Postal: 110321164
Municipio: BOGOTA
Sector: BELEN
Dirección Correspondencia: CL 3 3A 49
Lote: 18321
Ruta: 13001300220030

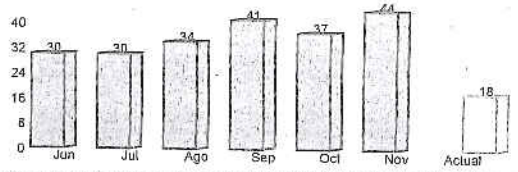
Total a pagar **24,100**

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: 189.34 KWH Y EL PRECIO UNITARIO DE KWH ES $ 141.98 P.C. ; 48.688 MJ/M3

Para su información

No. de facturas vencidas a este corte: 0

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 2032

Conceptos facturados

DESCRIPCION	VALOR
CONS. CON SUBSIDIO =	
14 M³ X 1920,3300 PESOS/M³	26,885
AJUSTE DECENA	-3
MENOS SUBSIDIO (40,5%)	-10,899
SUBTOTAL	$ 15,983
RECAUDO	
COORSERPARK-PROT.EXEQUIAL	8,117
SUBTOTAL	$ 8,117
TOTAL	$ 24,100

Saldo créditos vigentes

Concepto	Capital Anterior	Capital Actual	Tasa Aplicada	Tasa maxima

Datos de medición

No. Medidor	YZ 99-99-4 48202	Período facturado	Nov-2019 Dic-2019
Lectura anterior	4311	Tipo de Lectura	REAL
Lectura actual	4329	Tipo de Lectura	REAL
Consumo medido (m3)	18	Estrato/Categoria	2
Fecha de lectura	23-Nov-2019	Uso	DOMESTICO
Fecha de lectura	21-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 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($/m3) Gm879.48 Tm499.95 Dm 439.89 Componente Cufin 3119.00($/Factura) Dfm0.00 Cm3119.00 Fpcm1.14 Com0.00 p3.30 Cvm0.00
Res. CREG127/13Kp00,764Kt01,005Kz01,00Pa10,87Pd00,32Altura2477Tme14,1100

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

(415)7707208029194(8020)0670056621122019(3900)0000024100

Vanti S.A. ESP. NIT. 899.007.813-5

No. Cuenta / Referencia de pago	Factura No.
6700566	A198812845
Fecha factura	Total a pagar
24Dic2019	24,100

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

Válido únicamente con timbre y/o sello del cajero

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NIT 899.007.813-5 Vanti S.A. ESP NIT 899.007.813-5

Sistema de información de precios de gas natural regulado por la Resolución 059 de junio 17 de 1998 y la Regional Comisión de Regulación de Gas (CREG) - Resolución 059 de junio 17 de 1998 y la Regional Comisión de Regulación de Gas (CREG)

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: Antony Duvan Melo Cifuentes.

NUI: 1037681989. Genero: M X F____ Edad: 10

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

Direccion: KR 3 # 2-19 Casa 106.

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__ 14X 16__ 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: Antony Duvan Melo C. 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: Duvan C. **CC.** 1'026.269021

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.681.989**

MELO CIFUENTES

APELLIDOS

ANTONY DUVAN

NOMBRES

ANTONY MELO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-SEP-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-SEP-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G.S. RH

M SEXO

13-MAR-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00890555-M-1032681989-20170324 0054472749A 1 11643518-I3

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



ANTONY DUVAN MELO CIFUENTES
TI 1032681989 Sexo: M FechaNac: 09/17/2009
Doc Cabeza Familia: RC 1032681989 Contrato No : CCOM
Fecha de afiliación: 09/17/2009 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 54061220163610 34975542

47315 AS W 23307 - Pago 1 of 4

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

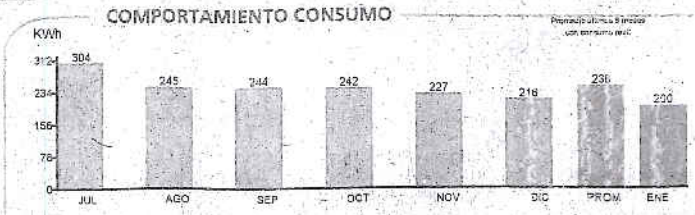
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 576955736-7

CLIENTE

47315

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
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.



¿TU ENERGÍA ES CUIDAR TU INFORMACIÓN?

En Enel-Codensa nos importa el manejo de tus datos personales. Por eso te invitamos a que conozcas nuestra **Política de Tratamiento de Datos Personales.**

Consúltala en www.enel.com.co /es/politica-de-tratamiento-de-datos

Cualquiera que sea tu energía, cree en ella.

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
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: 47.99 PR: 40.03 R: 8.26 CF: 0.00 / $528.03 Costo kWh Mes

ACTIVIDAD ECONÓMICA 4010-2 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 3806 de Diciembre de 1997 IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996

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 ante 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 da cobro parcial mente a cualivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142/1994. En cumplimiento de la resolución CREG 015/97 consulte www.enel.com.co/codensa/CREG_156.jsp

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 consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea 7 115 115, fuera de Bogotá al 01 4900 642 115 o a 115 115, en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

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.

¿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?



¿Como pagar tu factura?

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

Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR

Medios Electrónicos · Corresponsales Bancarios · 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.

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: Maicol Sebastian Reina Blanco.

NUI: 1034294507 Genero: M X F____ Edad: 10 años

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

Direccion: cll 2dg Sur # 8A Este #37

Barrio: El Dorado C.O Tel Fijo: 3334963

Tel Movil 1: 3172842570 Tel Movil 2: 3123563695

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: Ginn E Blanco H. **CC:** 52164333

AUTORIZACION PARA PARTICIPAR DE PADRES O ACUDIENTES:

En mi calidad de acudiente AUTORIZO a: Maicol Sebastian Reina. 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: Ginn E Blanco H **CC.** 52.164 333 DH

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	1034294507
NOMBRES	MAICOL SEBASTIAN
APELLIDOS	REINA BLANCO
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	19/08/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/09/2020 13:00:24	Estación de origen:	200.71.62.165

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



FECHA DE NACIMIENTO
21-JUN-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-JUN-2027
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.034.294.507
REINA BLANCO
APELLIDOS
MAICOL SEBASTIAN
NOMBRES
FIRMA