

Alcanos de Colombia S.A. E.S.P.
NIT.891.101.577-4
www.alcanosesp.com

Esta factura presta meritos ejecutivos
Art.130 Ley 142/94.
AUTORETENEDORES SEGUN RES.
DIAN 0547 DE 25/01/2002 Y
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 9061 DEL 10/12/2020

CODIGO DE USUARIO Y/O
REFERENCIA DE PAGO

781179

TOTAL A PAGAR

\$56,000

FACTURA No: 169642798

Dias Facturados: 30

Pague Hasta: 2025-07-02

Periodo Facturado: 2025-05-20/2025-06-18

Fecha Suspensión: 2025-07-03

Valores en

Valor \$

Proceso

Fecha Expedición: 2025-06-18 16:38

Reclamación

Ultimo Pago: 2025-06-06

No Resueltos

DATOS DEL SUSCRIPTOR

MONICALILIANA NIETO SALDA
CR 5 Nro 8 96 AP 04
BARRIO SAN CARLOS
SASAIMA

Estrato: 2

Ruta: 180200664200

Uso: DOM

Medidor: 000000287816814

Ciclo: 437

% Int Corriente: 1.914

Atraso: 0

% Int Mora: 1.914

DATOS DE MEDICION

Consumo Mes: 18.75

Lectura anterior: 1306

Poder calorifico: 1140.3

Causa cobro Consumo Prom:

Lectura actual: 1327

Consumo Kw/H: 221.25

Factor: 0.893

Valor Kw/H: 11.8

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGO

Rango	Consumo M3	Valor M3	Valor Parcial \$
0 - 20	18.75	5980.48	112134.00

Componentes Tarifarios: CUVm,ij=5512.47 Cufm,ij=4747.97 Gmi,j=2423.18 Im,ij=1745.77 fPCm,ij=1.14 p=1.71
TRM=4148.72 Pm=268.33 Tvm=1213.14 %S1=56.29 %S2=45.25 %CSy6=20.0 %Cnr=8.
9 DAUR=971.87 DAUNR=758.59

INDICADORES DE CALIDAD

DES:

IPLI:

IO:

IRST:

CONSUMOS ANTERIORES

MAY	ABR	MAR	FEB	ENE	DIC	PROM
17.86	16.97	15.16	18.77	18.77	7.14	16.0

DESCRIPCION DEL COBRO

Concepto	Valor \$	Valores en Reclamación Resueltos
Consumo	106711.19	Concepto
Subsidio	50740.64	Valor \$
Interes por Mora	28.38	
Ajuste decena	1.07	

Saldo de Anticipos: \$0.00

TOTAL A PAGAR: \$56,000

ESTADO DEL CREDITO

Concepto	Saldo Anterior	DESCRIPCION CUOTA			Nuevo Saldo	Cuotas
		Abono Capital \$	Vlr. Interes	Vlr.Cuota		

FES1011018

FACTURA No: 169642798

Código: 781179

TOTAL A PAGAR: \$56,000

Per Facturado: 2025-05-20/2025-06-18

Pague hasta: 2025-07-02



(415)7709998004139(8020)0169642798(3900)0000056000(96)20250702

Registro válido

Fecha de consulta:

03/07/2025

Ficha:

25718116799900000085

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIA DEL CARMEN

Apellidos: BENAVIDEZ VERGARA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 30578078

Municipio: Sasaima

Departamento: Cundinamarca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

21/10/2022

Última actualización ciudadano:

21/10/2022

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

EDITH RODRIGUEZ MAHECHA

Dirección:

Calle 7 No 3 - 13

Teléfono:

8468022 - 3232276621

Correo Electrónico:

sisben@sasaima-cundinamarca.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

- Minsalud – Ministerio de Salud
- RNEC – Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT – Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO – Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV – Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema
General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1049795435
NOMBRES	LUIS MIGUEL
APELLIDOS	LOZANO BENAVIDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SASAIMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/06/2025 00:34:36	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

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

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

Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, 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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)



GESTIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL APOYOS SOCIOECONÓMICOS FORMATO DE REGISTRO SOCIOECONÓMICO¹

IMPORTANTE: Lea las instrucciones para el diligenciamiento de este formato y reporte solamente información verdadera. Reportar información falsa es un delito y los resultados obtenidos pueden ser anulados (Art. 296 Código Penal y art. 9 Ley 1324 de 2009).

La información que está en las bases de datos de la entidad será consultada directamente por el equipo de apoyos socioeconómicos del centro de formación.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

El Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, en cumplimiento de lo definido en la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013; se permite informarle que los datos personales que usted suministre en atención a los tramites de **Apoyos de socioeconómicos del SENA**, serán manejados con las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar su seguridad, evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

Con el registro de datos básicos y la aceptación de la política de seguridad y confidencialidad, el usuario o aspirante autoriza y da el consentimiento para el tratamiento de datos personales para que de manera libre, previa, clara, expresa, voluntaria y debidamente informada permita a la Entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, procesar, compilar, intercambiar con otras Entidades Públicas, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que serán suministrados y que se incorporen en nuestras bases de datos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de la Entidad.

Así mismo, usted como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales y, solo en los casos en que sea procedente, a suprimirlos o revocar la autorización otorgada para su tratamiento y los demás derechos establecidos en el artículo 8° de la Ley 1581 de 2012.

¿Autoriza a la institución la entrega de su información con la finalidad de verificar la información presentada en este formato (Personas naturales o jurídicas, entidades públicas o privadas)?

SI X NO _____

Con el envío de su información personal a través de este formulario, se entiende que está manifestando expresamente su autorización al SENA para proceder al tratamiento de sus datos personales en los términos arriba expuestos.

FECHA: 04/07/2025

CENTRO DE FORMACIÓN: C.D.A.E Villeta

REGIONAL: Cundinamarca

¹ No aplica para convocatorias de monitoria



APOYOSOCIOECONÓMICO PARA EL QUE SE POSTULA: (señale con una X)

Apoyo de sostenimiento FIC:	
Apoyo de sostenimiento regular:	X
Apoyos de transporte:	
Apoyo de alimentación:	
Centros de Convivencia:	
Medios tecnológicos – plan de datos:	

1. DATOS DEL APRENDIZ ASPIRANTE AL APOYO SOCIOECONÓMICO

Nombres y Apellidos	Luis Miguel Lozano Benaídez							
Tipo de Documento:	CC	<input checked="" type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	OTRA	_____
Número de Documento:	1049795435				Lugar de expedición: Facatativa			
Género:	F	<input type="checkbox"/>	M	<input checked="" type="checkbox"/>	No Binario	<input type="checkbox"/>	Edad:	18
Grupo y Nivel de SISBEN:	Grupo:	A: __ B: __ C: <input checked="" type="checkbox"/> D: __				N°:	2	
Departamento de Residencia:	Cundinamarca				Municipio de residencia:	Sasaima		
Dirección:	Cra 5 #8-96 Barrio San carlos							
Número de Contacto:	320 327 0793				Correo	miguelozano913@gmail.com		
Nombre de persona de Contacto	Miguel Lozano				Teléfono de contacto	300 900 2929		

2. DATOS DE FORMACIÓN:

Programa de Formación:	Tecnólogo en Análisis y Desarrollo de Software					
No. de Ficha:	3065273					
Modalidad de Formación:	Presencial	<input checked="" type="checkbox"/>	Virtual	<input type="checkbox"/>	A Distancia	<input type="checkbox"/>

3. DATOS DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad)

Nombres y Apellidos:	
----------------------	--



Tipo y Número de Documento:	CC: ____ CE: ____ OTRA: ____ ¿Cuál?: _____ Nº: _____ de _____		
Departamento:		Municipio:	
Dirección:			
Numero de Contacto:		Correo:	
Parentesco:			

4. **VIVIENDA** (marque con una **X**)

Ubicación de la vivienda: Rural _____ urbana X Estrato (Ingrese número): 2

5. **SERVICIO MÉDICO DEL APRENDIZ**

Tipo de Régimen:	Contributivo: <u>X</u> Subsidiado: ____	EPS:	Famisanar
Tipo de Vinculación:	Cotizante: ____ Beneficiario: <u>X</u> Cabeza de Familia: ____		

6. **INFORMACION SOCIOECONÓMICA** (Marque con una **X**)

RESPONDA	SI	NO
1. Esta referenciado o es beneficiario del Programa Renta Joven		X
2. Actualmente tiene contrato de aprendizaje.		X
3. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento FIC en otro programa de formación.		X
4. Ha sido beneficiario de apoyos de sostenimiento REGULAR en otro programa de formación.		X
5. Tiene vínculo laboral o contrato de prestación de servicios que le represente ingresos económicos.		X
6. Tiene patrocinio o prácticas laborales que le represente ingresos económicos.		X
7. Tiene apoyo de alimentación temporal o de ración alimentaria entregado por el SENA.		X
8. Es beneficiario de apoyo de transporte otorgado por el SENA.		X
9. Es beneficiario de apoyo de medios tecnológicos otorgado por el SENA.		X

7. **CONDICIONES DEL APRENDIZ**

RESPONDA	SI	NO
----------	----	----



1. Aprendiz víctima del conflicto armado Ley 1448 de 2011- Decreto 4800 de 2011.		X
2. ¿Se reconoce como aprendiz víctima de violencia basada en género y violencia contra la mujer?		X
3. ¿Se reconoce como aprendiz en situación de discapacidad? ¿Qué tipo de discapacidad?: _____		X
4. ¿Se reconoce como aprendiz madre o padre cabeza de familia?		X
5. ¿Es aprendiz embarazada o en periodo de lactancia hasta un (1) año después del parto y por razones de lactancia?		X
6. ¿Se reconoce como aprendiz perteneciente a comunidades NARP (Negritudes, Afrocolombianos, Raizales, Palanqueros), Pueblo ROM, Población Indígena?		X
7. ¿Se reconoce como aprendiz en situación de desplazamiento por fenómenos naturales en los últimos dos (2) años?		X
8. Es aprendiz con nivel SISBEN grupo A 1,2,3,4 y 5.		X
9. Es aprendiz con nivel SISBEN grupo B 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.		X
10. ¿Se reconoce como aprendiz Campesino?		X
11. ¿Es aprendiz representante elegido según normatividad institucional?		X
12. ¿Es aprendiz que vive en área rural?		X
13. ¿Es aprendiz vocero principal y/o suplente elegido según normatividad institucional?		X
14. ¿Es aprendiz que participa en Semillero de Investigación o WorldSkills o SENAssoft o producción del Centro? ¿Cuál?: _____		X
15. ¿Es aprendiz que ha tenido un cupo en el internado en la vigencia anterior?		X
16. ¿Tiene certificado de nivel tecnólogo o título profesional?		X
17. ¿Adjunta información declaración juramentada?	X	
18. ¿Conoce las obligaciones que adquiere como aprendiz si es beneficiario del apoyo socioeconómico al que se está postulando?	X	

DECLARACIÓN JURAMENTADA: Si el aprendiz al momento de la convocatoria no cuenta con los soportes, podrá presentar este documento firmado; y si resulta beneficiado del apoyo, la entidad podrá solicitar las evidencias de la condición o condiciones acreditadas, en cualquier momento. El formato se adjunta a este documento

FIRMA DEL APRENDIZ: Luis Lozano

Nombre y apellidos: Luis Miguel Lozano Benavidez

Documento de identificación: 1049795435



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL APRENDIZ

Nombre y apellidos: _____

Documento de identificación: _____



DECLARACIÓN JURAMENTADA

En la ciudad/municipio de _____, siendo el día _____, del mes de _____ del año _____. Yo _____, identificada(o) con _____ Número _____, en **mi calidad de mayor de edad** manifiesto:

En la ciudad/municipio de _____, siendo el día _____, del mes de _____ del año _____. Yo _____, identificada(o) con _____ Número _____, en **mi calidad de representante legal o tutor de** _____ manifiesto:

PRIMERO: Me llamo como lo indico en el presente documento y mi número de identificación corresponde al acá consignado. **SEGUNDO:** De manera libre y espontánea y de acuerdo con la verdad, rindo la presente declaración **TERCERO:** Que la declaración aquí rendida versa sobre hechos del cual doy plena fe y testimonio. **CUARTO:** Que este testimonio lo rindo para ser presentado ante SENA, con el fin de aportarlo como soporte a la Convocatoria de apoyos socioeconómicos a la que me postulo y que ofrece la institución en el marco del Plan Nacional Integral de Bienestar al Aprendiz. **QUINTO:** Declaro que me encuentro en la condición de:

SELECCIONE SU CONDICIÓN SEGÚN SU CASO PARTICULAR	MARQUE X
Aprendiz embarazada o en periodo de lactancia hasta un (1) año después del parto y por razones de lactancia.	
Aprendiz Campesino	
Aprendiz que vive en área rural	
Aprendiz madre o padre cabeza de familia	
Aprendiz en situación de discapacidad	
Aprendiz víctima de violencia basada en género y violencia contra la mujer.	

Nota: Tenga en cuenta que esta información aplica para la convocatoria a la cual se presenta.

Madre / Padre cabeza de familia en concordancia con lo estipulado por la Ley 790 de 2002, Ley 1232 de 2008 y concordante con las Sentencias C-1039 de 2003 y C-044 de 2004 en lo que se refiere a “Entiéndase por mujer cabeza de familia, que siendo soltera o casada, tenga bajo su cargo, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores propios u otras personas incapaces o incapacitadas para trabajar, debido a alguna incapacidad física, sensorial, psíquica o moral del cónyuge o compañero permanente o deficiencia sustancial de ayuda de los demás miembros del núcleo familiar”.



SEXTO: Cumpló con las condiciones cualitativas descritas en la legislación vigente y principalmente las anteriormente señaladas. **SEPTIMO:** Todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto suscribo este documento.

FIRMA APRENDIZ BENEFICIARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

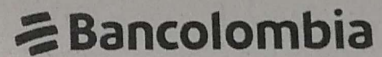
TELEFONO CELULAR:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: (En caso de ser menor de edad el aprendiz)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

TELEFONO CELULAR:

Certificación Bancaria



Villeta, 7 de Julio de 2025.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUIS MIGUEL LOZANO BENAVIDEZ identificado(a) con CC No. 1049795435 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN CERO	91287183645	2025/07/04	A ACTIVA

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: En Bogotá (601) 343 0000, Medellín (604) 510 9000, Cali (602) 554 0505, Barranquilla (605) 361 8888, Bucaramanga (607) 697 2525, Cartagena (605) 693 4400, Resto del país 018000912345.

Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia