INDEPORTES



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA
EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Valery Samantha Escobar Cifuentes

APELLIDOS: Escobar Cifuentes

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 11 MES 07 AÑO 2016

Número de Identificación: 1.075.877.804

Año que cursa: P-Jardin **Nombre de la Institución Educativa** Liceo Integrado Fray Francisc

Edad: 5 **Talla de Calzado:** 26 **Talla pantaloneta:** 6 **Talla Camiseta:** 6

Dirección y Lugar de Domicilio: KR 5 # 2a 25 Apto 302 La Montana

Nombres y Apellidos del padre: Juan Sebastian Escobar Aldana

Documento de identidad #: 1.018 479 937 **de** Bogotá

Teléfono #: 320 884 21 96

Nombres y Apellidos de la madre: Diana Lucia Cifuentes Avellaneda

Documento de identidad #: 1.075.872.995 **de** Sapó

Teléfono #: 313 879 88 65

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Diana Lucia Cifuentes Avellaneda

Teléfono en caso de emergencia: 313879 88 65

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____ **NO** X

Especifique el lugar de la fractura: ____

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI ____ **NO** X **Cual** ____

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Beneficencia Piso 5°.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

Le Han Practicado Alguna intervención Quirúrgica: SI ____ NO X **Cual** _____

ALERGICO A: _____

Tipo de Sangre RH: O- negativo

3. INFORMACIÓN DEPORTIVA:

¿A cuál Disciplina Deportiva se va a inscribir ?: Gimnasia Artistica

¿Con que intensidad horaria le gustaria practicarla? Tarde 2 horas

¿Le gusta entrenar?: SI X **NO** _____

¿Por qué? _____

Nosotros los padres o acudientes del deportista matriculado nos corresponden los datos consignados en esta ficha de matricula, nos comprometemos apoyarlo en los procesos de formación deportiva y personal, del cual participa el hijo/a.

El Instituto de Deportes de Cundinamarca dentro de sus politicas para inscribir un deportista en las escuelas de formación requiere los siguientes documentos:

- **Fotocopia del documento de identidad**
- **Certificación de la afiliación de la eps a la cual pertenece.**
- **Una fotografia.**

_____
Firma del Deportista:
T.I: _____
CELULAR _____

Firma del padre-madre o acudiente
C.C 1075872995
CELULAR 3138791885

Paula Marcela Alvarez Villamil
INSTRUCTOR DEPORTIVO
CC 52543326
Dirección: Calle 7 a bis C 80ª- 50
Teléfono: 3122012657
Email: paulaalvarez990@gmail.com

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Diana Lucia Cifuentes Avellaneda ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1.075.872.995 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Valery Samantha Escobar Cifuentes , con Tarjeta de identidad No RC - 1.075.877.804 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopó CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia Artistica

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó - Cundinamarca, a los Veintiseis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1.075.872.995

TELÉFONO 3138798865

DIRECCIÓN KR 5 #24 [illegible]

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES

INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Diana Lucia Cifuentes Avellaneda, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1.075.832.995 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Valery Samantha Escobar Cifuentes, con Tarjeta de identidad No RC 1.075.833.804 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopó CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó - Cundinamarca, a los veintiseis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C C No 1.075.832.995

TELÉFONO 3136465564

DIRECCIÓN Kr 5 #2A-25 Apt 302

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

Escaneado con CamScanner

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUAN SEBASTIAN ESCOBAR ALDANA identificado(a) con cedula ciudadania 1.018.479.937, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ALPINA PRODUCTOS ALIMENTICIOS S A ALPINA COLOMBIA S A NIT 860025900, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190805	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
VALERY SAMANTHA ESCOBAR CIFUENTES	HI	1075877804	RC	20200921	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Agosto de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
INDEPORTES

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
16659383

CER-AFI

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.075.877.804

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152673391

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K 1 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOPO - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOPO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	CIFUENTES

Nombre(s): VALERY SAMANTHA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes 10 Día 11	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13264478-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CIFUENTES AVELLANEDA DIANA LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1 075 872 985	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR ALDANA JUAN SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.018.479.937	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR ALDANA JUAN SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.018.479.937 — Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

Fecha de Inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA

EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Maria Gabriela

APELLIDOS: Farias Beleño

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 09 MES 02 AÑO 2014.

Número de Identificación: 1034841741

Año que cursa: Segundo **Nombre de la Institución Educativa** Cibercolegio UCN

Edad: 7 **Talla de Calzado:** 35 **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** S

Dirección y Lugar de Domicilio: Cra. 5 N. 4-54 Tocancipá

Nombres y Apellidos del padre: Luis Arnoldo Farias Limas

Documento de identidad #: 3212660 **de** Tocancipá

Teléfono #: 3102632638.

Nombres y Apellidos de la madre: Diana Isabel Beleño Torres

Documento de identidad #: 20.911.102 **de** Tocancipá.

Teléfono #: 3134790713

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Diana Isabel Beleño Torres

Teléfono en caso de emergencia: 3134790713

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____ **NO** ____

Especifique el lugar de la fractura: ____

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI ____ **NO** X **Cual** ____

CUNDINAMARCA ¡REGION Que Progresa!

CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

Le Han Practicado Alguna intervención Quirúrgica: SI ____ NO X Cual _____

ALERGICO A: _____

Tipo de Sangre RH: B+

3. INFORMACIÓN DEPORTIVA:

¿A cuál Disciplina Deportiva se va a inscribir ?: Gimnasia

¿Con que intensidad horaria le gustaría practicarla? 2 dias a la semana

¿Le gusta entrenar?: SI X **NO** _____

¿Por qué? le encanta el deporte y movimiento

Nosotros los padres o acudientes del deportista matriculado nos corresponden los datos consignados en esta ficha de matricula, nos comprometemos apoyarlo en los procesos de formación deportiva y personal, del cual participa el hijo/a.

El Instituto de Deportes de Cundinamarca dentro de sus políticas para inscribir un deportista en las escuelas de formación requiere los siguientes documentos:

- **Fotocopia del documento de identidad**
- **Certificación de la afiliación de la eps a la cual pertenece.**
- **Una fotografía.**

Firma del Deportista:
T.I: 1073484741
CELULAR _____

Firma del padre-madre o acudiente
C.C 20911.102
CELULAR 3134790713

Paula Marcela Alvarez Villamil
INSTRUCTOR DEPORTIVO
CC 52543326
Dirección: Calle 7 a bis C 80ª- 50
Teléfono: 3122012657
Email: paulaalvarez990@gmail.com

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES

INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Diana Isabel Botero Torres, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 20.911.102 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Maria Gabriela Farias Botero, con Tarjeta de identidad No 1073484741 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopó CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó, a los Veinticuatro (24) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No 20.911.102

TELÉFONO 3134790713

DIRECCIÓN Cra 5 N. 4-54

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Diana Isabel Belero Torres ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 20.911.102 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Maria Gabriela Farias Belero , con Tarjeta de identidad No 1073484741 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopó CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó , a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Diana Belero .
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 20911102

TELÉFONO 3134790713

DIRECCIÓN Cra 3 N. 4

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1073484741

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51342891

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA NOTARIA 2

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FARIAS	BELTRAN

Nombre(s)

MARIA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes FEB Día 09	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12268748 8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BELTRAN TORRES DIANA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NRO. 20.911.102 DE TOCANCIPA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FARIAS LIMAS LUIS ARNOLDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NRO. 3.212.660 DE TOCANCIPA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FARIAS LIMAS LUIS ARNOLDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. NRO. 3.212.660 DE TOCANCIPA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2014 Mes FEB Día 10	PEDRO LEON CABARCAS SANTOYA

NOTARIA 2 DE CHIA
CUNDINAMARCA

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

20.911.102

NUMERO



BELEÑO TORRES

APELLIDOS

DIANA ISABEL

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1983

TOCANCIPA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-OCT-2001 TOCANCIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1529200-39130773-F-0020911102-20050520 0131905140N 03 136649886

Escaneado con CamScanner

Sisbén

El futuro es de todos | DNP Departamento Nacional de Planeación

Área: Resto Urbano
Base Certificada Nacional - Corte: Enero de 2021 – Primer corte Resolución 0135 de 2021

Puntaje Sisbén III
56.06

Datos Personales

Nombres: MARIA GABRIELA
Apellidos: FARIAS BELEÑO
Tipo de Documento: Registro Civil
Número de Documento: 1073484741
Departamento: Cundinamarca
Municipio: Tocancipa
Codigo municipio: 25817

Información Administrativa

Fecha última encuesta: 22 de junio del 2019
Ultima actualización de la ficha: 10 de julio del 2019
Ultima actualización de la persona: 10 de julio del 2019
Antiguedad actualización de la persona: 19 meses
Estado: VALIDADO

Contacto Oficina Sisben

Nombre administrador: CRISTIAN JAIR BAEZ ARCILA
Dirección: Calle 11 No. 6-12
Teléfono: 8574121 Extensión 118
Correo electronico: cristyan.baez@tocancipa.gov.co

El DNP informa que, luego de realizada la actualización de información con el barrido, su puntaje Sisbén III actualizado* es de 80,04 según encuesta registrada en el municipio de **Tocancipa Cundinamarca en la ficha No: 258170120008234 en este corte**

*De acuerdo con el CONPES 3877 del 5 de diciembre de 2016 "La transición al Sisbén IV debe surtir un proceso previo de actualización de la información ya registrada en la base de Sisbén. Para esto se modificará la información con aquella que se recoja en el proceso de levantamiento de la base de Sisbén IV, lo que permitirá entregar al país también los puntajes de Sisbén III actualizados". De conformidad con la Resolución 4119 de 2018 del Ministerio de Salud, los actuales afiliados al régimen subsidiado de salud se mantendrán en el mismo hasta tanto finalice la fase de barrido del Sisbén IV sin perjuicio de que las entidades territoriales continúen ejecutando acciones de verificación y depuración de los beneficiarios del Régimen Subsidiado

Escaneado con CamScanner

ADRES

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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1073484741
NOMBRES	MARIA GABRIELA
APELLIDOS	FARIAS BELEÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	TOCANCIPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	20/02/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/24/2021 21:21:27	Estación de origen:	192.168.70.1

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

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA
EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Clara Luciana

APELLIDOS: Burbano Cubillos

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 19 MES 08 AÑO 2013

Número de Identificación: 1078306865

Año que cursa: 2 **Nombre de la Institución Educativa** CEIS Sopo

Edad: 8 **Talla de Calzado:** 32 **Talla pantaloneta:** 12 **Talla Camiseta:** 12

Dirección y Lugar de Domicilio: Calle 4 No. 1A-18 Este Apto 101 Sopo

Nombres y Apellidos del padre: Lenin Guillermo Burbano Herrera

Documento de identidad #: 79649556 **de** Bogotá

Teléfono #: 3124494212

Nombres y Apellidos de la madre: Angélica María Cubillos Merchán

Documento de identidad #: 52602424 **de** Pacho

Teléfono #: 3118530244

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Angélica María Cubillos Merchán

Teléfono en caso de emergencia: 3118530244

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____ **NO** X

Especifique el lugar de la fractura: N/A

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI ____ **NO** X **Cual**

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Benefi[illegible]cencia Piso 5°.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

Le Han Practicado Alguna intervención Quirúrgica: SI ____ NO X Cual _____

ALERGICO A: Nada

Tipo de Sangre RH: O +

3. INFORMACIÓN DEPORTIVA:

¿A cuál Disciplina Deportiva se va a inscribir ?: Gimnasia

¿Con que intensidad horaria le gustaria practicarla? _____

¿Le gusta entrenar?: SI X **NO** _____

¿Por qué? _____

Nosotros los padres o acudientes del deportista matriculado nos corresponden los datos consignados en esta ficha de matricula, nos comprometemos apoyarlo en los procesos de formación deportiva y personal, del cual participa el hijo/a.

El Instituto de Deportes de Cundinamarca dentro de sus politicas para inscribir un deportista en las escuelas de formación requiere los siguientes documentos:

- **Fotocopia del documento de identidad**
- **Certificación de la afiliación de la eps a la cual pertenece.**
- **Una fotografia.**

Firma del Deportista:
T.I: 1070306865
CELULAR _____

Firma del padre-madre o acudiente
C.C 52602424
CELULAR 3118530244

Paula Marcela Alvarez Villamil
INSTRUCTOR DEPORTIVO
CC 52543326
Dirección: Calle 7 a bis C 80ª- 50
Teléfono: 3122012657
Email: paulaalvarez990@gmail.com

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

Yo Angélica María Cubillos Merchán, Mayor de edad, identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52602424 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Clara Luciana Burbano Cubillos, con Tarjeta de identidad No 1070306865 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se toman todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopo, a los quince (15) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52602424

TELÉFONO 3118530244

DIRECCIÓN Calle 4 No 1A-18 Este Sopó

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Angélica María Cubillos Merchán, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52602424 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Clara Luciana Barbara Cubillos, con Tarjeta de identidad No 1070306865 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopo, a los quince (15) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52602424

TELÉFONO 3118530244

DIRECCIÓN Calle 4 No 1[illegible]

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

Escaneado con CamScanner

Salud Total

Bogotá, Septiembre 20 de 2021

Señora:
CUBILLOS MERCHAN ANGELICA MARIA
CC. 52602424
CL 13 31 A 20 - 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 Enero 31 de 2011. 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
BURBANO CUBILLOS CLARA LUCIANA	[illegible]	T	Ago-16-2013	151	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BURBANO CUBILLOS SIMON LENIN	[illegible]	T	Mar-8-2012	225	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CUBILLOS MERCHAN ANGELICA MARIA	52602424	C	Ene-31-2011	290	0	COTITULAR	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANGELICA MARIA CUBILLOS MERCHAN	52602424	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.070.306.865
BURBANO CUBILLOS

APELLIDOS
CLARA LUCIANA

NOMBRES
Luciana Barbano

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-2013
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
19-AGO-2031 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
20-ENE-2021 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

F-1528000-01216242-F-1070306865-20210218 0073486345A 1 58908533

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA
EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Maria Camila Macias Gaitan

APELLIDOS: Macias Gaitan

FECHA DE NACIMIENTO: **DÍA** 23 **MES** 06 **AÑO** 2012

Número de Identificación: 1.075.874.850

Año que cursa: 3° **Nombre de la Institución Educativa** Pablo VI

Edad: 9 **Talla de Calzado:** 31 **Talla pantaloneta:** 12 **Talla Camiseta:** 10

Dirección y Lugar de Domicilio: cro 2 # 7-10 Sopó

Nombres y Apellidos del padre: Yecid Alexander Macias Fagua

Documento de identidad #: 1.049 624.148 **de** Tunja

Teléfono #: 323 226 0686

Nombres y Apellidos de la madre: Lizeth Andrea Gaitan Castillo

Documento de identidad #: 1.075.873.511 **de** Sopó

Teléfono #: 322 385 0829

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Lizeth Andrea Gaitan castillo

Teléfono en caso de emergencia: 3223850829 - 3232260686
3179912883

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____

Especifique el lugar de la fractura: ____

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI ____ **NO** X **Cual** ____

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa – Torre Beneficencia Piso 5°
Código Postal 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Lizeth Andrea Gaitan Castillo ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1.075.873.511 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos María Camila Macías Gaitan , con Tarjeta de identidad No 1.075.874.850 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnacia

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó , a los dos (02) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1.075.873.511

TELÉFONO 322 385 0829

DIRECCIÓN Cra 2 # 7

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Lizeth Andrea Gaitan Castillo, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1.075.873.511 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Maria Camila Macias Gaitán, con Tarjeta de identidad No 1.075.874.850 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopo, a los 02 (02) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1075873511

TELÉFONO 3223350829

DIRECCIÓN Cra 2 # 7-70

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA
EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. **INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:**

NOMBRES: Laura Valentina

APELLIDOS: Rodriguez Forero

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 12 MES 02 AÑO 2011

Número de Identificación: 1032943435

Año que cursa: 5to **Nombre de la Institución Educativa:** Gimnasio Pedagogico Valtenar de G

Edad: 10 **Talla de Calzado:** 36 **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** S

Dirección y Lugar de Domicilio: Cra 5 # 2-16 - Sopó

Nombres y Apellidos del padre: Oscar Leonardo Rodriguez Osorio

Documento de Identidad #: 3212805 **de** Tocancipa

Teléfono #: 3134870990

Nombres y Apellidos de la madre: Dayana Emilia Margarita Forero Cortes

Documento de Identidad #: 39819384 **de** Sopó

Teléfono #: 3125906998.

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Oscar Leonardo Rodriguez Osorio

Teléfono en caso de emergencia: 3134870990

2. **INFORMACIÓN MEDICA**

Ha tenido alguna fractura: SI ____ **NO** X

Especifique el lugar de la fractura: ____

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI X **NO** ____ **Cual** Rinitis Alergica

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Código Postal: 111321 – Teléfono 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES

Le Han Practicado Alguna Intervención Quirúrgica: SI X NO_____ Cual Adenoides

ALERGICO A: Pasto - Acaros

Tipo de Sangre RH: O+

3. INFORMACIÓN DEPORTIVA:

¿A cuál Disciplina Deportiva se va a inscribir ?: Gimnasia Artistica

¿Con que intensidad horaria le gustaría practicarla? _____

¿Le gusta entrenar?: SI X NO_____

¿Por qué? Me gusta esta disciplina.

Nosotros los padres o acudientes del deportista matriculado nos corresponden los datos consignados en esta ficha de matricula, nos comprometemos apoyarlo en los procesos de formación deportiva y personal, del cual participa el hijo/a.

El Instituto de Deportes de Cundinamarca dentro de sus politicas para inscribir un deportista en las escuelas de formación requiere los siguientes documentos:

- Fotocopia del documento de identidad
- Certificación de la afiliación de la eps a la cual pertenece.
- Una fotografia.

ua Valentina Rodriguez Forero
a del Deportista:
1032943435
ULAR_____

Firma del padre-madre o acudiente
C.C 32129805
CELULAR 3134890990

a Marcela Alvarez Villamil
RUCTOR DEPORTIVO
2543326
ción: Calle 7 a bis C 80ª- 50
ono: 3122012657
paulaalvarez990@gmail com

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Beneficencia Piso 5°.
Código Postal: 111321 - Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Oscar Leonardo Rodriguez Osorio ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 3212805 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Laura Valentina Rodriguez Forero , con Tarjeta de identidad No 1032943435 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMAÇIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia Artistica.

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopo , a los Veintiseis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 3212805

TELÉFONO 3134870990

DIRECCIÓN Cra 5 # 2-16 Sopó

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Oscar Leonardo Rodriguez Osorio, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 3212805 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Laura Valentina Rodriguez Forero, con Tarjeta de identidad No 1032943435 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopó CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia Artistica. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopó, a los Veintiseis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 3212805

TELÉFONO 3134870990

DIRECCIÓN Cra 5 # 2-16 Sopó

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.943.435**

RODRIGUEZ FORERO

APELLIDOS

LAURA VALENTINA

NOMBRES



valentina Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-FEB-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

16-MAY-2018 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1525000-01016823-F-1032943435-20180623 0061677941A 1 1414962366

Escaneado con CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1032943435
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodriguez Forero,Laura Valentina
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Forero Cortes,Dayana Emilia Margarita, a los 26 días del mes de agosto del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES



FICHA MATRICULA DE LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA
EN LA DISCIPLINA DE GIMNASIA CUNDINAMARCA 2021

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: María Alejandra

APELLIDOS: Jimenez Albino

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 20 **MES** Julio **AÑO** 2008

Número de Identificación: 1020848105

Año que cursa: 7mo **Nombre de la Institución Educativa** CEIS

Edad: 13 **Talla de Calzado:** 38 **Talla pantaloneta:** 16 **Talla Camiseta:** S

Dirección y Lugar de Domicilio: Calle 3ra SUR #8-54 contiguo

Nombres y Apellidos del padre: Manuel Jimenez, Raquel Urbina

Documento de identidad #: 1127655162 **de** San Carlos Atlántico

Teléfono #: 3173672797

Nombres y Apellidos de la madre: Raquel Albino

Documento de identidad #: 42849851405199 **de** Bogota

Teléfono #: 3186764655

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación: Hector Leon

Teléfono en caso de emergencia: 3173672797

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____ **NO** ____

Especifique el lugar de la fractura: ____

Le Han Detectado Alguna Enfermedad Respiratoria: SI ____ **NO** X **Cual** ____

CUNDINAMARCA ¡REGION Que Progresa!

/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co
Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa – Torre Beneficencia Piso 5°.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Raquel Vivas Melano, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. PEP 928499514051988 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Maria A Gimenez V, con Tarjeta de identidad No 1020849105 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soapo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia. Manifiesto que soy conocedor de que la Organización Mundial de la Salud OMS declaró el 11 de marzo de 2020 pandemia por el COVID-19, que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia declaró el 12 de marzo de 2020 la emergencia sanitaria por causa del COVID-19 y que el Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca, me ha informado de manera detallada y en lenguaje entendible el riesgo de probable contagio por infección de SARS-CoV2/COVID-19 en cualquier Actividad Deportiva . Declaro además que conozco y comprendo las consecuencias por el riesgo de transmisión infecciosa del virus y soy consciente de que, a pesar de que en esta institución se tomen todas las medidas de acuerdo a los protocolos y guías de atención establecidos para la prevención de la infección por COVID-19, el uso de elementos de protección personal de todas las personas de esta institución y la necesidad del uso de elementos de protección de cualquier asistente o tercero, existe la probabilidad de contagio por COVID-19, asumiendo por mi cuenta el posible riesgo de contagio.

Manifiesto que a la fecha no he tenido síntomas ni he sido confirmado de infección por COVID-19 y no he estado en contacto con personas con síntomas o confirmadas con COVID-19.

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Soapo, a los veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 928499514[illegible]

TELÉFONO 3186796[illegible]

DIRECCIÓN Cll 3[illegible]

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Escaneado con CamScanner

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO
"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"
AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Manuel Alejandro Jimenez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1127655162 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Maria A Jimenez Urbina, con Tarjeta de identidad No 1070848105 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Sopo CUNDINAMARCA, en el sector rural y urbano, en el Deporte de Gimnasia

Que certifico que mi hijo(a) se encuentra en condiciones médicas y de salud óptimas para realizar las actividades propias del Deporte en el que va participar.

Que, en calidad de Padre, Madre y/o Tutor asumo y siempre asumiré la posición de garante que tengo con mi menor hijo(a) y esta manera declaró que reconozco la indemnidad para INDEPORTES CUNDINAMARCA (los padres tutores del niño(a) mantendrán libre a INDEPORTES CUNDINAMARCA de cualquier daño o perjuicio originado en relaciones de terceros y siempre asumirán la posición de garantes que ostentan como padres).

Así las cosas se conocen y aceptan todas y cada una de lo estipulado en este escrito, y en constancia se firma en el municipio de Sopo, a los 27 ( ) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1127655162

TELÉFONO 3173672797

DIRECCIÓN CLL 3 [illegible]

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

Escaneado con CamScanner

FECHA DE PREPARACIÓN: 05 SEP 2019

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1.020.848.105

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN: 4 PRIMERA VEZ TI

APELLIDOS: JIMENEZ URBINA

NOMBRES: MARIA ALEJANDRA

LUGAR DE PREPARACIÓN: USAQUEN BOGOTA DC (CUNDINAMARCA)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: ZULIA-SUCRE (VENEZUELA) 20 JUL 2008 AB-

52077316

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CON

IMPRESIÓN DACTILAR



FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

No. 9284995140519 88

Apellidos

URBINA MILANEZ

Nombre

RAQUEL CAROLINA

Cédula de Identidad

19043330

Sexo

F

Nacionalidad

VENEZOLANA

Fecha de Nacimiento

1988/05/14

Fecha de Expedición

2018/12/27



Escaneado con CamScanner