INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

FOTO

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

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Susana Sáenz Martínez

APELLIDOS: Saenz Martinez

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 1 MES 10 AÑO 2015

Número de Identificación: 1028406988

Año que cursa: Jardín **Nombre de la Institución Educativa** Carrusel

Edad: 6 **Talla de Calzado:** 27 **Talla pantaloneta:** 6-8 **Talla Camiseta:** 6-8

Dirección y Lugar de Domicilio: cr2 #3-42 conjunto Hosquetiva casa 7-

Nombres y Apellidos del padre: Brinez Dorados Santiago.

Documento de identidad #: 1019002686 **de** Bogotá.

Teléfono #: 3214023536

Nombres y Apellidos de la madre: Carima Sáenz Martínez

Documento de identidad #: 1019002686 **de** Bogotá

Teléfono #: 3227745102

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación: Diana Carolina Saenz Martínez.

Teléfono en caso de emergencia: 3196246033

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!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Carolina Saenz Martinez ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1019002686 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Susana Saenz Martinez , con Tarjeta de identidad No 1028406988 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 veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Carolina Saenz M

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1019002686

TELÉFONO 3222745102

DIRECCIÓN Cl 2 # 3- 12

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Carolina Saenz Martinez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1019002686 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Susana Saenz Martinez, con Tarjeta de identidad No 1019002686 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 veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Carolina Sáenz M

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1019002686

TELÉFONO 3227745102

DIRECCIÓN Cr2 #3 11-42 casa7

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Sara Sofia

APELLIDOS: Forero Murillo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 12 **MES** 02 **AÑO** 2013

Número de Identificación: 1072704957

Año que cursa: 3 **Nombre de la Institución Educativa** Waldemar de Gregori

Edad: 8 **Talla de Calzado:** 35 **Talla pantaloneta:** 12 **Talla Camiseta:** 12

Dirección y Lugar de Domicilio: Sopo Vda. Gratamira

Nombres y Apellidos del padre: Diego Alejandro Forero Tellez

Documento de identidad #: 1075875609 **de** Sopó

Teléfono #: 3505095463

Nombres y Apellidos de la madre: Angye Ximena Murillo Jimenez

Documento de identidad #: 1075681299 **de** Zipaquira

Teléfono #: 3228966140

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

Teléfono en caso de emergencia: 3228966140

2. INFORMACIÓN MEDICA

Ha tenido alguna fractura: SI ____

Especifique el lugar de la fractura: ____

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

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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Angie Ximena Murillo Jimenez ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadania No. 1075681299 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Sofia Forero Murillo , con Tarjeta de identidad No 1072704957 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de _____ 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 veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Ximena Murillo
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1075681299

TELÉFONO 3228966140

DIRECCIÓN Sopo Vda Gratamira

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Angye Ximena Murillo Jimenez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1075681299 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Sofia Forero Murillo, con Tarjeta de identidad No 1072704957 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 27 ( ) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Ximena Murillo
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1075681299

TELÉFONO 3228966140

DIRECCIÓN Vda Cerafami

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Raffaela
APELLIDOS: Peñuela Ortiz

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 20 MES 05 AÑO 2016

Número de Identificación: 1.075.877.740

Año que cursa: X **Nombre de la Institución Educativa**

Edad: 5 **Talla de Calzado:** 30 **Talla pantaloneta:** 6 **Talla Camiseta:** 6

Dirección y Lugar de Domicilio: finca la Chorrera Vda Centro Alto Sop

Nombres y Apellidos del padre: Edgar Peñuela Pinto

Documento de identidad #: 79593011 **de** Bta

Teléfono #: 3192591275

Nombres y Apellidos de la madre: Juliana Ortiz Valenzuela

Documento de identidad #: 52340967 **de** Bta

Teléfono #: 3002678929

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Juliana Ortiz Valenzuela

Teléfono en caso de emergencia: 3002678929

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!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Liliana Ortiz Valenzuela, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52 340 967 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Rafael Fernel Ortiz, con Tarjeta de identidad No 1.075.187.740 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 Veintisiete ( ) 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. 52 340 967

TELÉFONO 3002678929

DIRECCIÓN Finca La Alta Centro Alto

Huella

CUNDINAMARCA REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Juliana Ortiz Valenzuela, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52 310967, Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Raffaele Penuela Ortiz, con Tarjeta de identidad No 1.075.877.740 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 Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52 310967

TELÉFONO 3002678392

DIRECCIÓN Finca la Herradura Centro Alto

CUNDINAMARCA IREGIÓN Que Progresa!

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 1526 3356

NUIP 1.075.877.740

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código K 4 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento - Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOPO - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOPO

Datos del inscrito

Primer Apellido: PEÑUELA | Segundo Apellido: ORTIZ | Nombre(s): RAFFAELA

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes MAY Día 20 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento: COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA | Antecedente o Declaración de edad | Número único de identificación personal

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ VALENZUELA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número): CC 52.340.867 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEÑUELA PINTO EDGAR

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.593.011 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEÑUELA PINTO EDGAR

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.593.011 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): | Firma

Fecha de inscripción: Año 2016 Mes JUN Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CLARA INES AREVALO GARZON REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

10 JUN. 2016 - LIBR DE VARIOS - TOMO 6 FOLIO 0237.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Isabella Avila Cuellar

APELLIDOS: Avila Cuellar

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 16 **MES** 09 **AÑO** 2076

Número de Identificación: 1075877969

Año que cursa: _____ **Nombre de la Institución Educativa** _____

Edad: 4 **Talla de Calzado:** 30 **Talla pantaloneta:** 10 **Talla Camiseta:** 10

Dirección y Lugar de Domicilio: Carrera 4 - 1A - 17 Sur

Nombres y Apellidos del padre: Wilder Danney Avila Vargas

Documento de identidad #: 105336823 **de** Chiquinquira

Teléfono #: 3132754230

Nombres y Apellidos de la madre: Maritim Marcela Cuellar Tamara

Documento de identidad #: 1045020313 **de** San Juan (Antioquia)

Teléfono #: 3213705697

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Maritim Marcela Cuellar Tamara

Teléfono en caso de emergencia: 3206910099

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 Benefactora Piso 5º
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Marilin Marcela Cuellar Tafnayo, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadania No. 1065020313 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Isabella Avila Cuellar, con Tarjeta de identidad No 1075877969 registro civil 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. 1065020313

TELÉFONO 3213706697

DIRECCIÓN Carrera 4-1A

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Martin Marcelo Cuellar Tabaco, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1005020313 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Isabella Avila Cuellar, con Tarjeta de identidad No 1075877969 resistro civil a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soro 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 Soro, a los 27 ( ) días del mes de agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1005020313

TELÉFONO 3213705697

DIRECCIÓN carrera 4 - 7A17 Sur

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Mariana

APELLIDOS: López Alfonso

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 02 MES 10 AÑO 2004

Número de Identificación: 1075870941

Año que cursa: 9 **Nombre de la Institución Educativa** Rafael Pombo

Edad: 16 **Talla de Calzado:** 35 **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** S-M

Dirección y Lugar de Domicilio: Trav. 6 N 3-57 Sur

Nombres y Apellidos del padre: Yanet V. Alfonso B.

Documento de identidad #: 5725135 **de** Bogotá

Teléfono #: 3159906063

Nombres y Apellidos de la madre: Henry López T

Documento de identidad #: 130675 **de** Soacha

Teléfono #: 3114969174

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Yanet V. Alfonso Bernal

Teléfono en caso de emergencia: 3159906063

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!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Janet V. Alfonso Bernal, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52251135 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Mariana López Alfonso, con Tarjeta de identidad No 1075870491 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA, DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soacha 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 Soacha, a los Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Janet V. Alfonso B.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52251135

TELÉFONO 3159906063

DIRECCIÓN TRAN. 6 N 6-57 Sol Soacha

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Yanet V. Alfonso B., Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52 251 135 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Mariana Lopez Alfonso, con Tarjeta de identidad No 1075870491 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, a los Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Yanet V. Alfonso B.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52 251 135

TELÉFONO 3154906063

DIRECCIÓN Tras. 6 N [illegible] Sopó

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

FOTO

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

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: SARA NICOLL

APELLIDOS: RODRÍGUEZ LARA.

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 15 MES 02 AÑO 2012.

Número de Identificación: 1028496794

Año que cursa: 4 **Nombre de la Institución Educativa** Colegio CEIS

Edad: 9 **Talla de Calzado:** 34 **Talla pantaloneta:** 14 **Talla Camiseta:** 14

Dirección y Lugar de Domicilio: Calle 35. N° 8-59 T 2 Ap. 106.

Nombres y Apellidos del padre: Oscar Javier Rodríguez Mendez.

Documento de Identidad #: 11.390.228 **de** Soacha

Teléfono #: 3022083568

Nombres y Apellidos de la madre: Luz Mery Lara Herrera

Documento de identidad #: 52.714.959 **de** BOGOTÁ

Teléfono #: 3125514210.

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Luz Mery Lara Herrera.

Teléfono en caso de emergencia: 3125514210.

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!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

DEPORTE FORMATIVO

"ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y RECREATIVA"

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

YO Luz Hery Idea Herrera. ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52-714.959 Bta. Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Nicol Rodriguez Idea. , con Tarjeta de identidad No 1028496794 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 _____, a los (27) días del mes de Agosto. del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Hery Idea

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52-714-959

TELÉFONO 3128514210

DIRECCIÓN Cerro fuen

Huella

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Luz Mery Lara Herrera, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52-714.959. BTA. Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Nicoll Rodriguez Lara, con Tarjeta de identidad No 1028496784 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 (27) días del mes de Agosto. del año dos mil veintiuno (2021)

Mery Lara

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52-714.959

TELÉFONO 3125514210

DIRECCIÓN Cerro Fuerte Sopó

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Laura Daniela

APELLIDOS: Ramirez prieto

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 23 MES 06 AÑO 2002.

Número de Identificación: 1000858730

Año que cursa: _____ **Nombre de la Institución Educativa** _____

Edad: 19 **Talla de Calzado:** 37 **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** S.

Dirección y Lugar de Domicilio: Cll 3 sur N° 8-59 Tz Apto 405

Nombres y Apellidos del padre: _____

Documento de identidad #: _____ **de** _____

Teléfono #: _____

Nombres y Apellidos de la madre: Nelcy Rosana prieto Moreno

Documento de identidad #: 52858587 **de** Bogota

Teléfono #: 3115083805.

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

_____

Teléfono en caso de emergencia: 3115083805 - 3118283519.

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**

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Laura Daniela Ramirez prieto ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1000858730 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos _____, con Tarjeta de identidad No _____ 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 Veinti seis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Laura Daniela Ramirez prieto
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1000858730

TELÉFONO 3229346095

DIRECCIÓN Cll 3 Sur N° 9

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Laura Daniela Ramirez Prieto ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadania No. 1000858730 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos _____, con Tarjeta de identidad No _____ 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 Veinti seis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Laura Daniela Ramirez P.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1000858730

TELÉFONO 3229346076

DIRECCIÓN Cll 3 Sur #8-59 CAF Tz Apto 405

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Clara Isabella

APELLIDOS: Buitano Trona

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 27 MES 07 AÑO 2015

Número de Identificación: 1070307471

Año que cursa: 1° **Nombre de la Institución Educativa** C.E.I.S.

Edad: 6 **Talla de Calzado:** 28 ½ **Talla pantaloneta:** 6 **Talla Camiseta:** 6

Dirección y Lugar de Domicilio: Trans 6 N - 3-57

Nombres y Apellidos del padre: Leiro Guillermo Bulcad

Documento de identidad #: 79.649.556 **de** Bogotá

Teléfono #: 3006507238

Nombres y Apellidos de la madre: Deby Trona Buitar

Documento de identidad #: 1073599698 **de** Pacho

Teléfono #: 3105349951

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

_____

Teléfono en caso de emergencia: 3124994212

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 ¡REGION Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Dolly Martha Tovar Ovalle, Mayor de edad, identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1073599648 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Dana Isabella Ruiz Tovar, con Tarjeta de identidad No 1090303971 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 _____, a los (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Dolly Tovar S.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1073599648

TELÉFONO 3105349957

DIRECCIÓN Tv 6 [illegible]

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Deby Nasha Triana Burbano, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1.073.599.648 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Dara Isabella Burbano Triana, con Tarjeta de identidad No 1.070.307.471 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soacha 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 Soacha, a los veintisiete (27) días del mes de agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Deby Triana B.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1073599648

TELÉFONO 3105349857

DIRECCIÓN Tv 6 N°3-57.

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

FOTO

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

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Isabella

APELLIDOS: Cañón Cañón

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 20 **MES** 08 **AÑO** 2010

Número de identificación: 1027284260

Año que cursa: 5to **Nombre de la Institución Educativa** San José de Calasanz - chia

Edad: 11 **Talla de Calzado:** _____ **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** S

Dirección y Lugar de Domicilio: Cra 7 #4-47 Boicaño - Sopó

Nombres y Apellidos del padre: Luis Alejandro Cañón Hernandez

Documento de identidad #: 79.812.135 **de** Bogotá

Teléfono #: 3203338539

Nombres y Apellidos de la madre: Paola Marcela Cañón Prieto

Documento de identidad #: 39.818.302 **de** Sopó

Teléfono #: 3102483665

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Paola Marcela Cañón Prieto

Teléfono en caso de emergencia: 3102483665

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!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Paola Marcela Cañón Prieto ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 39.818.302 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Isabella Cañón Cañón , con Tarjeta de identidad No 1027284260 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 27 (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. 39.818.302

TELÉFONO 3102483665

DIRECCIÓN Cra 7 #4-17

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Paola Marcela Cañón Prieto ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 39.818.302 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Isabella Cañón Cañón , con Tarjeta de identidad No 1027284260 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 Veintisiete (27) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 39.818.302

TELÉFONO 3102483665

DIRECCIÓN Cra 7 # 4-47 Barrio Centro - Sopó

Huella

CUNDINAMARCA IREGIÓN Que Progresa!

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) PAOLA MARCELA CAÑON PRIETO identificado(a) con cedula ciudadania 39.818.302, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES NIT 899999086, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ISABELLA CAÑON CAÑON	HI	1027284260	TI	20170728	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Agosto de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SECRETARIA DE RECREACION Y DEPORTE DEL SOPO

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
16664209

CER-AFI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.027.284.260
CAÑON CAÑON
APELLIDOS
ISABELLA
NOMBRES
Isabella cañón
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-OCT-2017 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

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) PAOLA MARCELA CAÑON PRIETO identificado(a) con cedula ciudadania 39.818.302, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES NIT 899999086, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ISABELLA CAÑON CAÑON	HI	1027284260	TI	20170728	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 27 días del mes de Agosto de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
SECRETARIA DE RECREACION Y DEPORTE DEL SOPO

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
16664209

CER-AFI


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.027.284.260
CAÑON CAÑON
APELLIDOS
ISABELLA
NOMBRES
Isabella cañón
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-2010
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
20-AGO-2028 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
13-OCT-2017 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Sara Sofia

APELLIDOS: Peña Mancera

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 10 MES 08 AÑO 2009

Número de Identificación: 1141520156

Año que cursa: 6° **Nombre de la Institución Educativa** IED. CEIS Sopó

Edad: 12 **Talla de Calzado:** 36 **Talla pantaloneta:** 16 **Talla Camiseta:** XS

Dirección y Lugar de Domicilio: Calle 3# 5-27.

Nombres y Apellidos del padre: Gersys Peña Contreras.

Documento de Identidad #: 11.732.208 **de** La Calera

Teléfono #: 3219770101

Nombres y Apellidos de la madre: Luz Inelda Mancera Prieto

Documento de Identidad #: 52.704.113 **de** Bogotá

Teléfono #: 304 2909248

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación: Gersys Peña Contreras

Teléfono en caso de emergencia: 3219770101.

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 ¡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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Gueys Peña Contreras ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No 11'232.208 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Sofia Peña Moncera , con Tarjeta de identidad No 1.141520.156 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 Sopo , a los Veinti seis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL MENOR Y EPS.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 11'232.208

TELÉFONO 3219770107

DIRECCIÓN Calle 3 [illegible]

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Gersys Peña Contreros, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 11 232 208 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Sofia Peña Mancera, con Tarjeta de identidad No 1 141 520 756 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. 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 Veinte seis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 11232208

TELÉFONO 3219770807

DIRECCIÓN Calle 3 # 5-27

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.141.520.156**

PEÑA MANCERA
APELLIDOS

SARA SOFIA
NOMBRES

Sara Sofia Peña
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-AGO-2027 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G. S. RH SEXO
21-OCT-2015 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-1528080-00974542 F: 1141520156 20161228 **00528**900198A 1 47448754

SaludTotal

Bogotá, Agosto 26 de 2021

Señor:
PEÑA CONTRERAS GERSYS
CC. 11232208
CR 3 1 92 - 8692926
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 7 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
PEÑA MANCERA CAMILA ALEJANDRA	1014739765	T	Feb-22-2011	402	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEÑA MANCERA LAURA XIMENA	1075678349	C	Feb-22-2011	402	148	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEÑA CONTRERAS GERSYS	11232208	C	Ene-7-2011	402	148	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEÑA MANCERA SARA SOFIA	1141520156	T	Feb-22-2011	399	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MANCERA PRIETO LUZ INELDA	52704113	C	Ene-7-2011	402	148	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANCERA HIJO DE LUZ INELDA	52704113	M	Sep-4-2007	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Sep-15-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	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
ATLANTA CONSULTORES DE TALENTO HUMANO	11232208	Dependiente	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Trabajador Independiente	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Trabajador Independiente	CERRADO
LABORAMOS S A S	11232208	Dependiente	CERRADO

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,

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Camila Alejandra

APELLIDOS: Peña Mancera

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 3 MES 09 AÑO 2007

Número de Identificación: 1014739705

Año que cursa: 9° **Nombre de la Institución Educativa** I.E.D. Ceis Sopó

Edad: 14 **Talla de Calzado:** 37/38 **Talla pantaloneta:** S **Talla Camiseta:** M

Dirección y Lugar de Domicilio: Calle 3 #5-27

Nombres y Apellidos del padre: Gersys Peña Contreras

Documento de identidad #: 11232208 **de** La Calera

Teléfono #: 3219770101 - 3138067744

Nombres y Apellidos de la madre: Luz Inelda Mancera Prieto

Documento de identidad #: 52704113 **de** Bogotá

Teléfono #: 3042909248

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación: Gersys Peña Contreras

Teléfono en caso de emergencia: 3219770101

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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Gersys Peña Contreras, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 11'232,208 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Camila Alejandra Peña Manrique con Tarjeta de identidad No 1014739705 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 Cundinamarca, a los Veinti Seis (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. 11232 208

TELÉFONO 3219770101

DIRECCIÓN Calle 3 #5

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Carlos Peña Contreras, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 11232208 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Camila Alejandra Peña Manrique, con Tarjeta de identidad No 1014739705 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 Veinte seis (26) días del mes de Agosto del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 11 232 208

TELÉFONO 3219770101

DIRECCIÓN Calle 3 #5-27

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.014.739.705
PEÑA MANCERA
APELLIDOS
CAMILA ALEJANDRA
NOMBRES

camila peña
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-2007
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-SEP-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-OCT-2014 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

SaludTotal

Bogotá, Agosto 26 de 2021

Señor:
PEÑA CONTRERAS GERSYS
CC. 11232208
CR 3 1 92 - 8692926
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 7 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
PEÑA MANCERA CAMILA ALEJANDRA	1014738705	T	Feb-23-2011	402	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEÑA MANCERA LAURA XIMENA	1075878349	C	Feb-22-2011	402	148	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
PEÑA CONTRERAS GERSYS	11232208	C	Ene-7-2011	402	148	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PEÑA MANCERA SARA SOFIA	1141520168	T	Feb-22-2011	389	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MANCERA PRIETO LUZ IRELDA	52704113	C	Ene-7-2011	402	148	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MANCERA HIJO DE LUZ IRELDA	52704113	M	Sep-4-2007	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Sep-13-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	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
ATLANTA CONSULTORES DE TALENTO HUMANO	11232208	Dependiente	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Trabajador Independiente	CERRADO
GERSYS PEÑA CONTRERAS	11232208	Trabajador Independiente	CERRADO
LABORAMOS S A S	11232208	Dependiente	CERRADO

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,

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Juliana Rodriguez Huertas.

APELLIDOS: Rodriguez Huertas

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 13 MES 03 AÑO 2021

Número de Identificación: 1014886114

Año que cursa: 1° **Nombre de la Institución Educativa** Ekirayá

Edad: 7 **Talla de Calzado:** 30 **Talla pantaloneta:** 5(8) **Talla Camiseta:** 8

Dirección y Lugar de Domicilio: Cra 7ª #4/47 Santa María los Quintos

Nombres y Apellidos del padre: Fabio Rodriguez morales

Documento de identidad #: 79784596 **de** Bogotá

Teléfono #: 3192789446

Nombres y Apellidos de la madre: Sandra judith Huertas pacheco

Documento de identidad #: 52517766 **de** Bogotá

Teléfono #: 3204408215

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
Sandra Judith Huertas Pacheco

Teléfono en caso de emergencia: 3204408215 - 3192789446.

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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Sandra Judith Huertas Pacheco, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52517766. Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Juliana Rodriguez Huertas, con Tarjeta de identidad No 1014886114. 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 nueve (9) 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. 52517766

TELÉFONO 3204408215.

DIRECCIÓN Cra 7 #4-47 Santa [illegible] Quintas

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Sandra Judith Huertas Pacheco, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadania No. 52517766. Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Juliana Rodriguez Huertas, con Tarjeta de identidad No 1014886114 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 nueve (9) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52517766

TELÉFONO 3204408215

DIRECCIÓN Cra 7 #4-47 Santa María las Quintas Sopó

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Sara Manuela

APELLIDOS: Lopez Chaves

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 16 MES 11 AÑO 2014

Número de Identificación: 1014741316

Año que cursa: 1ero **Nombre de la Institución Educativa** Colegio Waldemar de Gregori

Edad: 6 **Talla de Calzado:** 28 **Talla pantaloneta:** 8 **Talla Camiseta:** 8

Dirección y Lugar de Domicilio: Casa 1 Santa Sofia Bricero, Sopó.

Nombres y Apellidos del padre: Luis Carlos Lopez Vasquez

Documento de identidad #: #80234495 **de** Bogotá

Teléfono #: 3204949860

Nombres y Apellidos de la madre: Irby Stella Chaves Gomez

Documento de identidad #: 52969531 **de** Bogotá

Teléfono #: 3125048740

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación: Luis Carlos Lopez

Teléfono en caso de emergencia: _____

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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Luis Carlos Lopez Vasquez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 80234495 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Sara Manuela Lopez Chavez, con Tarjeta de identidad No 1014741316 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 _____, a los_____ ( ) días del mes de _____del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

_____

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No 80234495

TELÉFONO 3204949860

DIRECCIÓN Cabal Carrera 3 Bnceno

Huella

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Luis Carlos Lopez Vasquez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 80234495 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Saramanuela Lopez Chaves, con Tarjeta de identidad No 1014741316 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 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 _____, a los _____ ( ) días del mes de _____ del año dos mil veintiuno (2021)

_____

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 8023449

TELÉFONO 3204949

DIRECCIÓN Casa 1 Santa Sofia Barrero, Sopo.

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

FOTO

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

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Elena

APELLIDOS: Montes Arbelaez

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 5 MES Marzo AÑO 2014

Número de Identificación: RC 1019909131

Año que cursa: 1º **Nombre de la Institución Educativa** Ekinayi Montessori

Edad: 7 **Talla de Calzado:** 32 **Talla pantaloneta:** 8 **Talla Camiseta:** 8

Dirección y Lugar de Domicilio: Km 4 Conjunto Kubik Verde casa 1 2C.

Nombres y Apellidos del padre: Juan Camilo Montes

Documento de identidad #: 71 788 571 **de** Envigado

Teléfono #: 310 759 7118

Nombres y Apellidos de la madre: Beatriz Elena Arbelaez

Documento de identidad #: 31.574.638 **de** Cali

Teléfono #: 310 759 8407

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

Teléfono en caso de emergencia:

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 Benefrancia Piso 5°.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1205
www.indeportescundinamarca.gov.co

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Beatriz Arbeláez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 31574638 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Elena Montes, con Tarjeta de identidad No 1019909131 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 trece (13) días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 31 574 638

TELÉFONO 3107598487

DIRECCIÓN Km 4 conjunto Kobik verde

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Beatriz Elena Arbeláez, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 31.574.638 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Elena Montes Arbeláez, con Tarjeta de identidad No 1019802913 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 trece (13) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Beatriz Arbeláez.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 31574638

TELÉFONO 3107598407

DIRECCIÓN Conjunto Km 4.5 vía Sopó-La

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: Manuela

APELLIDOS: Espejo Ospina

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 9 **MES** 11 **AÑO** 2011

Número de Identificación: 1021327045

Año que cursa: 4 **Nombre de la Institución Educativa** Colegio Reyes

Edad: 9 **Talla de Calzado:** 34 **Talla pantaloneta:** 14 **Talla Camiseta:** 14

Dirección y Lugar de Domicilio: Transv. 6 # 6-03

Nombres y Apellidos del padre: Daniel Espejo Novoa

Documento de identidad #: 79 880 585 **de** Bogotá

Teléfono #: 318 357 7063

Nombres y Apellidos de la madre: Nelly Ospina

Documento de identidad #: 52741334 **de** Bogotá

Teléfono #: 321 2414298

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

Teléfono en caso de emergencia: 321 2414298

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**

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Nelly Ospina Bogotá ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52 741 334 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Manuela Espejo Ospina , con Tarjeta de identidad No _____ 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 Trece (13) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Nelly Ospina B.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52 741 334

TELÉFONO 321 2414298

DIRECCIÓN Cra. 6 #

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Nelly OspinaB, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 52 741334 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Manuela Espejo Ospina, con Tarjeta de identidad No 1021337041 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 Trece (13) días del mes de Septiembre del año dos mil veintiuno (2021)

NelyOspina.

Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 52 741334

TELÉFONO 321 2414[illegible]

DIRECCIÓN Trans. 6 # 603.

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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

FOTO

1. INFORMACIÓN PERSONAL Y FAMILIAR:

NOMBRES: LIAM SALOMÉ

APELLIDOS: SORZA REALES

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 23 MES 10 AÑO 2014

Número de Identificación: 1075876532

Año que cursa: 1 **Nombre de la Institución Educativa** FRAY FRANCISCO CHACON

Edad: 7 **Talla de Calzado:** 30 **Talla pantaloneta:** 10 **Talla Camiseta:** 10

Dirección y Lugar de Domicilio: CALLE 1 # 4-26

Nombres y Apellidos del padre: DARIO ALFONSO SORZA GONZALEZ

Documento de identidad #: 1074415253 **de** GACHETA

Teléfono #: 3133399338

Nombres y Apellidos de la madre: GICELA PAOLA REALES CANTILLO

Documento de identidad #: 1018419727 **de** Bogotá

Teléfono #: 3024646955

Nombres y Apellidos del Tutor Responsable el cual matricula el deportista a la escuela de formación:
GICELA PAOLA REALES CANTILLO

Teléfono en caso de emergencia: 3192883676

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

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Giccla Paola Reales Cantillo, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1018419727 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Liam Salomé Soria Reales, con Tarjeta de identidad No _____ a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soporó 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 Soporó, a los Veinticinco (25) días del mes de Octubre del año dos mil veintiuno (2021)

Giccla Paola Reales Cantillo
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1018419727

TELÉFONO 3024646933

DIRECCIÓN Calle 1 # 4-26

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO GICELA PAOLA REALES CANTILLO, Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1018419729 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos LIAM SALOMÉ SOLZA REALES, con Tarjeta de identidad No _____ 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 VEINTICINCO (25) días del mes de OCTUBRE del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

GICELA PAOLA REALES CANTILLO.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1018419729

TELÉFONO 3024646955

DIRECCIÓN Calle 1 # [illegible]

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

Huella

ADRES

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	1075876532
NOMBRES	LIAM SALOME
APELLIDOS	SORZA REALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOPO

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	23/10/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/25/2021 15:32:57	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

NUIP 1.075.876.532

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53782583

53782583

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K 4 A

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

REGISTRADURIA DE SOPO - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOPO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SORZA	REALES

Nombre(s): LIAM SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13097770-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: REALES CANTILLO GICELA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.018.419.727	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SORZA GONZALEZ DARIO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.074.415.253	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SORZA GONZALEZ DARIO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.074.415.253	Dario Sorza

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 NOV Día 04	MARTHA PATRICIA ZABANOVA CRIADO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Dario Sorza	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

04.NOV.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 9 FOLIO 128.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Elizabeth Rivera Dotor, Mayor de edad, identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1075873833 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Eliana Romero Rivera, con Tarjeta de identidad No 1075877860 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soló 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 Soló, a los Veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021)

ANEXAR DOCUMENTO DE IDENTIDA DEL MENOR Y EPS.

Elizabeth Riva.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1075873833

TELÉFONO 3008703112

DIRECCIÓN Calle 2a #

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

ALERGICO A: Insectos

Tipo de Sangre RH: O+

3. INFORMACIÓN DEPORTIVA:

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

¿Con que Intensidad horaria le gustaría practicarla? 4-5 horas Semanales.

¿Le gusta entrenar?: SI X **NO** ____

¿Por qué? Porque desarrolla diferentes capacidades motrices.

Nosotros los padres o acudientes del deportista matriculado nos corresponden los datos consignados en esta ficha de matrícula, 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: 1075877860
CELULAR 3008703112.

Elizabeth Rua.
Firma del padre-madre o acudiente
C.C 1075873833
CELULAR 3008703112

Paula Marcela Alvarez Villamil
INSTRUCTOR DEPORTIVO
CC 52543328
Dirección: Calle 7 a bis C 80ª- 50
Teléfono: 3122012657
Email: paulaalvarez990@gmail.com

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

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

YO Elizabeth Rivera Dtor ,Mayor de edad, Identificado (a) con la cedula ciudadanía No. 1075873833 Autorizo a mi menor hijo(a) de nombres y apellidos Eliana Romero Rivera , con Tarjeta de identidad No 1075877860 a participar en el Programa de ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DE INDEPORTES CUNDINAMARCA, ubicada en el municipio de Soto. 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 Soto. , a los Veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021)

Elizabeth Rivera.
Firma del padre-madre o acudiente

C.C. No. 1075873833

TELÉFONO 3008703112

DIRECCIÓN Calle 2a # 4-30 Sor.

Huella

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa!

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) ELIZABETH RIVERA DOTOR identificado(a) con cedula ciudadania 1.075.873.833, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210906	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ELIANA ROMERO RIVERA	HI	1075877860	RC	20200302	20210131	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Octubre de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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
17125506

CER-AFI

VIGILADO Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.076.877.860

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152673410**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SOPO - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOPO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
[illegible]	[illegible]

Nombre(s)

[illegible]

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año [illegible] Mes [illegible] Día [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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

[illegible]

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
[illegible]	1357434-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

[illegible]

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
[illegible]	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

[illegible]

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
[illegible]	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

[illegible]

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
[illegible]	[signature]

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 [illegible] Mes [illegible] Día [illegible]	[illegible] Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

- 2573410 -