Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

Yopal, 22 de Febrero del 2023.

Señor(a)
LINA PAOLA AMAYA BAHAMON
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEPORTES
Supervisor
Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07.

Cordial Saludo,

En cumplimiento del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN de la referencia, relaciono a continuación las actividades realizadas desde: 18/12/2022 hasta 17/01/2023.

A. ANTECEDENTES:

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NUMERO DE CONTRATO	0210
FECHA DE CONTRATO	2022-10-07.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MILTON NIÑO DURAN
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATISTA	4153189 de HATO COROZAL
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.
FECHA DE INICIO	2022-10-18
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho (8) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	2023-06-17
FECHA DE INFORME	22 de Febrero del 2023
PERIODO DE INFORME	18/12/2022 hasta 17/01/2023
NUMERO DE INFORME	3
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 23 18-79
CIUDAD	AGUAZUL
TELEFONO MOVIL	3138066286
CORREO ELECTRÓNICO	aguazulfides@gmail.com
ADICION	
SUSPENSIÓN	

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	

B. ESTADO FÍSICO:

Hasta la fecha 17/01/2023, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 presenta una ejecución del 37.5% contra una programada del 100%.

C. ESTADO FINANCIERO:

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$21.306.392,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$21.306.392,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Vr. Pagado
VALOR ACTA No. 1	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
VALOR ACTA No. 2	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
PRESENTE ACTA	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
POR EJECUTAR	$13.316.495,00		
TOTAL	$21.306.392,00	$0,00	$7.989.897,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $2.663.299,00 M.L.C.

D. ACTIVIDADES:

1. Presentar el cronograma, horarios y lugares de trabajo por categoría y rama. 2. Presentar y Sustentar el plan de entrenamiento gráfico y escrito de los deportistas de rendimiento ante el centro especializado del deporte, (equipo técnico metodológico), por equipo categoría y deportistas según corresponda. 3. Presentar los mesociclos, microciclos a desarrollar mes a mes, dos días antes de terminar el anterior mesociclo. 4 . Valorar individualmente a los deportistas a su cargo y diligenciar la ficha de incorporación, valoración inicial y avances de cada deportista y/o equipo, test realizados entre otros. (Presentarlos al grupo técnico metodológico y anexar en el informe mensual). 5. Desarrollar los planes de entrenamiento según las categorías y ramas con el propósito de mejorar el rendimiento deportivo de los entrenados. 6. Coordinar y facilitar la intervención de los profesionales del centro especializado del deporte respecto de cada uno de sus deportistas de acuerdo con las necesidades puntuales. 7. Aplicar los formatos y protocolos para medir el desarrollo de cada deportista; establecidos por el grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico. 8. Presentar al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico los pronósticos de participación en eventos departamentales, nacionales e internacionales de cada uno de los seleccionados o deportistas, los cuales deben ser presentados como mínimo diez días antes de cada evento, para su respectivo análisis y aprobación por parte del grupo interdisciplinario y metodológico del Indercas. 9. Presentar el informe técnico de cada evento en el cual participo plazo máximo para la entrega tres días siguientes a la terminación de la competencia presentarlo al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológica y consolidarlo en el informe mensual y final. 10. Asistir a reuniones que convoque el instituto, liga, grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico relacionado con el objeto del contrato o productos del proyecto. 11. Presentar la estadística de la población beneficiada mes a mes y durante el desarrollo del objeto contractual, y el consolidado final a la liquidación final del contrato en medio físico y magnético. Que incluya la base de datos de la población beneficiada por categoría y rama y enfoque diferencial. 12. Llevar el registro y consolidado de las diferentes participaciones que realicen los

seleccionados de la liga a nivel departamental, nacional e internacional, presentarla en el informe mensual y consolidado en el informe final del contrato, en medio físico y magnético. 13. Tener a disposición permanente del instituto en el sitio de entrenamiento, el plan mensual y diario de trabajo y el listado actualizado de los deportistas a su cargo por categoría y rama. 14. Llevar control diario de la asistencia de los deportistas, por rango de edad, grupo poblacional, sector, género, categoría, entre otros 15. Apoyar los procesos deportivos en la población con discapacidad según su especialidad deportiva. 16 . Como entrenador departamental realizar una articulación con los diferentes municipios para detectar e involucrar los deportistas de rendimiento que puedan existir en cada uno de los municipios a los procesos deportivos. Además, realizar visitas a los diferentes municipios, una visita a cada municipio del departamento trimestralmente y diligenciar los formatos metodológicos establecidos por el Instituto. 17. Realizar en cada municipio un diagnóstico de la situación actual de deporte de rendimiento según su especialidad. 18. Mantener el número mínimo de deportistas según lo establecido por el instituto y realizar las prácticas o entrenamientos presenciales mininos de 6 horas diarias según el plan de entrenamiento. 19. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto, plan departamental para el desarrollo del deporte, la recreación y la actividad física 2024-2033, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos. 20. Desarrollar, apoyar y diligenciar los diferentes formatos o herramientas técnicas para la ejecución del estudio producto del proyecto. 21. Presentar mensualmente el informe de ejecución de actividades dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, en el formato establecido por el Instituto, certificación de cumplimento firmada por el representante de la liga deportiva, original de los soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales, todo por duplicado y en medio magnético. 22. Presentar antes del primer pago, certificado a su nombre del curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, que se encuentra en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/cursos-virtuales-eva/curso-integridad.html. 23. Las demás asignadas por gerencia, supervisor y/o interventor de acuerdo con su objeto contractual. 24. Asistir durante la vigencia del contrato a un curso mínimo de 20 horas de educación no formal, dictado por una entidad debidamente reconocida por el estado, o en su defecto certificación de haber cursado 20 horas de educación formal expedida por la respectiva entidad, relacionados con el sector deporte y recreación y presentar el respectivo certificado a más tardar a la firma del acta de terminación.

E. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

ACTIVIDAD	ACTIVIDADA REALIZADA	PORCENTAJE (%)
ACTIVIDAD 01. Presentar el cronograma, horarios y lugares de trabajo por categoría y rama.	REALICE ENTREGA DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, HORARIOS Y LUGAR DE ENTRENAMIENTO, AL METODÓLOGO Y SUPERVISOR, DANDO CUMPLIMIENTO A LA PRIMER ACTIVIDAD REFERENCIADA A REALIZAR.	100
ACTIVIDAD 02. Presentar y Sustentar el plan de entrenamiento gráfico y escrito de los deportistas de rendimiento ante el centro especializado del deporte, (equipo técnico metodológico), por equipo categoría y deportistas según corresponda.	REALICE LA PRESENTACIÓN Y SUSTENTACIÓN DEL PLAN DE ENTRENAMIENTO GRÁFICO Y ESCRITO DE LOS DEPORTISTAS EN PROYECCIÓN, RENDIMIENTO AL METODÓLOGO EN LA CATEGORÍA CORRESPONDIENTE, PARA DAR CUMPLIMIENTO A ESTA ACTIVIDAD AL 100%	100
ACTIVIDAD 03. Presentar los mesociclos, microciclos a desarrollar mes a mes, dos días antes de terminar el anterior mesociclo.	REALICE ENTREGA DEL MESOCICLO CORRESPONDIENTE AL METODOLOGO PARA LA CONTINUACION CON SUS RESPECTIVOS MICROCICLOS A DESARROLLAR CONTINUANDO ASI CON EL PROCESO DE ENTRENAMIENTO CON DEPORTISTAS CON DIFERENTES DISCAPACIDADES CUMPLIENDO ASI CON LOS OBJETIVOS DEL CONTRATO A EJECUTAR.	37.5
ACTIVIDAD 04. Valorar individualmente a los deportistas a su cargo y diligenciar la ficha de incorporación, valoración inicial y avances de cada deportista y/o equipo, test realizados entre otros. (Presentarlos al	SE REALIZO VALORACION INDIVIDUAL A CADA DEPORTISTA Y SE DILIGENCIO LA FICHA DE INCORPORACION AL PROGRAMA , SE EVALUA EL AVANCE DEPORTIVO A TRAVES DEL PLAN DE ENTRENAMIENTO, SE REALIZAN TEST PARA MEDIR SU EVOLUCION Y AVANCE Y SE PRESENTAN AL METODOLOGO PARA	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

grupo técnico metodológico y anexar en el informe mensual).	SU INFORMACION MENSUAL CORRESPONDIENTE.	
ACTIVIDAD 05. Desarrollar los planes de entrenamiento según las categorías y ramas con el propósito de mejorar el rendimiento deportivo de los entrenados.	DE ACUERDO AL PLAN ENTREGADO Y SUSTENTADO SE REALIZA ENTRENAMIENTO EN CATEGORIA UNICA, YA QUE EL DEPORTE ADAPTADO SIEMPRE SE COMPITE EN LO FEDERADO EN UNA SOLA CATEGORIA, Y PARA SEGUIR LOS LINEAMIENTOS FEDERADOS SE REALIZA ENTRENAMIENTO EN CATEGORIA UNICA PARA QUE LOS DEPORTISTAS SE ADAPTEN A ESTE PROCESO DE CATEGORIZACION.	37.5
ACTIVIDAD 06. Coordinar y facilitar la intervención de los profesionales del centro especializado del deporte respecto de cada uno de sus deportistas de acuerdo con las necesidades puntuales.	DE ACUERDO A LA NESECIDAD POR PARTE DE LOS DEPORTISTAS SE COORDINARA PARA QUE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO ESPECIALIZADO DEL DEPORTE, REALICEN SU INTERVENCION RESPECTO A LA NESECIDAD PUNTUAL DE CADA DEPORTISTA, HACIA SUS OBJETIVOS DE PARTICIPACION Y COMPETENCIA.	37.5
ACTIVIDAD 07. Aplicar los formatos y protocolos para medir el desarrollo de cada deportista; establecidos por el grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico.	PARA MEDIR EL AVANCE DEPORTIVO DE CADA DEPORTISTA, SE REALIZAN TEST DE DIFERENTES, TEST DE FLEXIBILIDAD, TEST DE VELOCIDAD 40 METROS, TEST DE NAVEETE, TEST DE SALTABILIDAD, Y ASI MEDIMOS SU DESARROLLO DEPORTIVO SIN DEJAR ATRÁS LA ENSEÑANZA DE TECNICAS Y PREPARACION FISICA.	37.5
ACTIVIDAD 08. Presentar al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico los pronósticos de participación en eventos departamentales, nacionales e internacionales de cada uno de los seleccionados o deportistas, los cuales deben ser presentados como mínimo diez días antes de cada evento, para su respectivo análisis y aprobación por parte del grupo interdisciplinario y metodológico del Indercas.	POR AHORA NOS ENCONTRAMOS TRABAJANDO PARA MEJORAR LO OBTENIDO EN NUESTRA PARTICIPACION CON TRES DEPORTISTAS Y SOLUCIONAR ALGUNAS DIFICULTADES PRESENTADAS PERO QUE CON ENTRENAMIENTO Y COMPROMISO LOGRAREMOS ALCANZAR LOS OBJETIVOS TRAZADOS POR CADA UNO.	37.5
ACTIVIDAD 09. Presentar el informe técnico de cada evento en el cual participo plazo máximo para la entrega tres días siguientes a la terminación de la competencia presentarlo al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológica y consolidarlo en el informe mensual y final.	PRESENTARÉ INFORME TECNICO DE PARTICIPACION EN EVENTO QUE SE ASISTA CON MIS DEPORTISTAS, PERO POR AHORA SOLO NOS ENCONTRAMOS EN TRABAJOS DE PREPARACION Y EJECUCION DEL PLAN DE ENTRENAMIENTO, MEJORAMIENTO DE LA VELOCIDAD, COORDINACION, EN BUSCA DE UN MEJOR RENDIMIENTO DEPORTIVO.	37.5
ACTIVIDAD 10. Asistir a reuniones que convoque el instituto, liga, grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico relacionado con el objeto del contrato o productos del proyecto.	ESTARE PRESTO A ACUDIR A LAS REUNIONES DE INFORMACION QUE CONVOQUE EL INSTITUTO O EL EQUIPO TECNICO METODOLOGICO, ESTARE PRESTO A LA CONVOCATORIA DE ESTAS REUNIONES.	37.5
ACTIVIDAD 11. Presentar la estadística de la población beneficiada mes a mes y durante el desarrollo del objeto contractual, y el consolidado final a la liquidación final del contrato en medio físico y magnético. Que incluya la base de datos de la población beneficiada por categoría y rama y enfoque diferencial.	PRESENTÉ ESTADISTICA DE LA POBLACION BENEFICIADA DONDE SE CUMPLE CON EL OBJETIVO DE LA POBLACION ATENDIDA, EN TOTAL 40 DEPORTISTAS, (SE ENTREGO TODA LA DOCUMENTACION REQUERIDA DE LA POBLACION BENEFICIADA AL METODOLOGO FISICA Y MAGNETICA) PERO SIGUIENDO ADELANTE CON LA FOMENTACION Y MASIFICACION DEL DEPORTE ADAPTADO PARAATLETISMO Y ORTOS, EN LA POBLACION CON DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO.	37.5
ACTIVIDAD 12. Llevar el registro y consolidado de las diferentes participaciones que realicen los seleccionados de la liga a nivel departamental, nacional e internacional,presentarla en el informe mensual y consolidado en el informe final del contrato, en medio físico y magnético.	DURANTE LA VIGENCIA MES LABORADO, SOLO ESTAMOS EN CORRECCION, MEJORACION DE TECNICAS Y PREPARACION FISICA GENERAL EN BUSCA DE MEJORAR Y ENTRENAR HACIA LAS PARTICIPACIONES EN DIFERENTES EVENTOS QUE SE APROXIMAN Y DEBEMOS ESTAR PREPARADOS PARA AFRONTAR ESTAS OPORTUNIDADES QUE SE PRESENTAN PARA MOSTRAR NUESTRO POTENCIAL EN EL DEPORTE ADAPTADO.	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

ACTIVIDAD 13. Tener a disposición permanente del instituto en el sitio de entrenamiento, el plan mensual y diario de trabajo y el listado actualizado de los deportistas a su cargo por categoría y rama.	SIEMPRE ESTARA A DISPOSICION DEL INSTITUTO EL PLAN DE ENTRENAMIENTO, PLAN DE TRABAJO DIARIO, Y LISTADO DE DEPORTISTAS ACTUALMENTE INSCRITOS AL PROGRAMA Y QUE ESTAN SIENDDO BENEFICIADOS CON EL PROGRAMA DEPORTIVO MASCULINO Y FEMENINO, APOYADO POR EL INDERCAS DEPARTAMENTAL.	37.5
ACTIVIDAD 14. Llevar control diario de la asistencia de los deportistas, por rango de edad, grupo poblacional, sector, género, categoría, entre otros.	SIEMPRE REALIZO ESTA ACTIVIDAD DIARIA CON EL OBJETIVO DE TENER CONTROL DE NUESTROS DEPORTISTAS Y EN SUS AUSENCIAS REITRATIVAS COMUNICARME CON EL FAMILIAR O TUTOR PARA IDENTIFICAR CUAL ES EL MOTIVO DE SU AUSENCIA, Y ASI LLEVAR UN COMPROMISO CONEL DEPORTE Y SUS ENTRENAMIENTOS.	37.5
ACTIVIDAD 15. Apoyar los procesos deportivos en la población con discapacidad según su especialidad deportiva.	APOYARÉ SIEMPRE LOS DIFERENTES PROCESOS DEPORTIVOS DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD DESDE MIS CONOCIMIENTOS EN DONDE ME SEA POSIBLE APOYAR, HE ESTADO COMUNICANDOME CON LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL DEPORTE EN LOS DIFERENTES MUNICIPIOS Y HE RECIBIDO APOYO PARA VISITARLES Y REALIZAR UN DIAGNOSTICO DEL DEPORTE ADAPTADO EN NUESTRO DEPARTAMENTO ESPECIALMENTE EN PARAATLETISMO, SIN DEJAR DE APOYAR A LOS DEMAS DEPORTES Y SUS MODALIDADES IGUALMENTE INFORMACION TEORICA ACERCA DEL DEPORTE ADAPTADO.	37.5
ACTIVIDAD 16. Como entrenador departamental realizar una articulación con los diferentes municipios para detectar e involucrar los deportistas de rendimiento que puedan existir en cada uno de los municipios a los procesos deportivos. Además, realizar visitas a los diferentes municipios, una visita a cada municipio del departamento trimestralmente y diligenciar los formatos metodológicos establecidos por el Instituto.	COMO ENTRENADOR DEPARTAMENTAL MI OBJETIVO ES VISITAR LA MAYORIA DE LOS MUNICIPIOS QUE DESEEN INFORMACION QUE LES PUEDA SUMINISTRAR Y QUE ESTE EN MIS CAPACIDADES COMO ENTRENADOR, CUENTO CON EL APOYO DE ALGUNOS DIRIGENTES DEL DEPORTE ADAPTADO EN ALGUNOS MUNICIPIOS LOS CUALES IRE A VISITAR PROXIMAMENTE Y DETECTAR SUS DIFICULTADES PERO TAMBIEN SUS FORTALEZAS EN EL DEPORTE Y APOYARLES EN LO QUE ESTE A MI ALCANCE PARA FOMENTAR Y MASIFICAR EL DEPORTE ADAPTADO EN CASANARE.	37.5
ACTIVIDAD 17. Realizar en cada municipio un diagnóstico de la situación actual de deporte de rendimiento según su especialidad.	REALIZARÉ UN DIAGNOSTICO EN LOS MUNICIPIOS DE LA SITUACON ACTUAL DEL DEPORTE ADAPTADO, ANALIZANDO Y DETECTANDO TALENTOS DEPORTIVOS, CON EL OBJETIVO DE HABLAR CON SUS FAMILIARES, TUTORES PARA QUE LOS APOYEN EN LA PRACTICA DEL DEPORTE Y COMO PODER PARTICIPAR DE LOS PROGRAMAS DEPORTIVOS APOYADOS POR LA GOBERNACION DE CASANARE A TRAVES DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES INDERCAS.	37.5
ACTIVIDAD 18. Mantener el número mínimo de deportistas según lo establecido por el instituto y realizar las prácticas o entrenamientos presenciales mininos de 6 horas diarias según el plan de entrenamiento.	SE MANTIENE EL NUMERO MINIMO DE DEPORTISTAS ESTABLECIDO POR EL INSTITUTO, Y SE REALIZAN ACTIVIDADES O ENTRENMIENTOS PRESENCIALES EN DOS GRUPOS EN HORARIOS A.M. Y P.M. CON UN MINIMO DE SEIS HORAS DIARIAS DE TRABAJO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO SEGÚN SU CAPACIDAD FISICA, SUS HABILIDADES Y DESARROLLO MENTAL, PARA PA REALIZACION DE CADA ACTIVIDAD A DESARROLLAR.	37.5
ACTIVIDAD 19. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto, plan departamental para el desarrollo del deporte, la recreación y la actividad física 2024-2033, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos.	HASTA EL MOMENTO NO HE SIDO INFORMADO PARA EL DESARROLLO DEL CULMINAR CON EL PROYECTO DE INVESTIGACION COMO ES CENSO DE ESCENARIOS DEPORTIVOS, NO SE ME HA ASIGNADO NINGUNA HERRAMIENTA TECNICA VINCULADA AL PROYECTO Y SUS PRODUCTOS.	37.5
ACTIVIDAD 20. Desarrollar, apoyar y	DESARROLLARÉ Y APOYARÉ Y DILIGENCIARÉ LOS DIFERENTES	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0210 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

diligenciar los diferentes formatos o herramientas técnicas para la ejecución del estudio producto del proyecto.	FORMARTOS O HERRAMIENTAS QUE ME SEAN ASIGNADOS CON EL OBJETIVO DE APOYAR LA EJECUCION DEL ESTUDIO Y PRODUCTO DEL PROYECTO Y SUS ESTRATEGIAS A DESARROLLAR.	
ACTIVIDAD 21. Presentar mensualmente el informe de ejecución de actividades dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, en el formato establecido por el Instituto, certificación de cumplimento firmada por el representante de la liga deportiva, original de los soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales, todo por duplicado y en medio magnético.	PRESENTE INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES EJECUTADO, REGISTRO FOTOGRAFICO, EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR EL INSTITUTO, CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO, SOPORTES DE PAGO DE SALUD Y RIESGOS LABORALES, CORRESPONDIENTES AL MES LABORADO, RESOLUSION DE PENSIONES, Y DEMAS ANEXOS SOLICITADOS POR EL INSTITUTO.	37.5
ACTIVIDAD 22. Presentar antes del primer pago, certificado a su nombre del curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, que se encuentra en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/cursos-virtuales-eva/curso-integridad.html.	PRESENTE EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE A MI NOMBRE DE HABER REALIZADO EL CURSO DE INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION, PARA DAR CUMPLIMIENTO DE ESTA ACTIVIDAD, PERO MAS PARA SABER Y TENER CONOCIMIENTO COMO SERVIDOR PUBLICO.	100
ACTIVIDAD 23. Las demás asignadas por gerencia, supervisor y/o interventor de acuerdo con su objeto contractual.	SIEMPRE ESTARE PRESTO A CUMPLIR CON ACTIVIDADES QUE EL INSTITUTO ASIGNE GERENTE DEL INSTIITUTO O SUPERVISOR, DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL DE MI CONTRATO.	37.5
ACTIVIDAD 24. Asistir durante la vigencia del contrato a un curso mínimo de 20 horas de educación no formal, dictado por una entidad debidamente reconocida por el estado, o en su defecto certificación de haber cursado 20 horas de educación formal expedida por la respectiva entidad, relacionados con el sector deporte y recreación y presentar el respectivo certificado a más tardar a la firma del acta de terminación.	REALICE CURSO DE ENSEÑANZA DEPORTIVA EN FUTBOL SALA DESDE LA BASE FORMATIVAHASTA ALTOS LOGROS DURANTE LOS DIAS 24,25,26,DE OCTUBRE 2022, CON UNA INTENSIDAD DE 24 HORAS Y CURSO DE CAPACITACION EN TENDENCIAS MODERNAS PEDAGOGICAS YMETODOLOGICAS PARA EL DESARROLLO DEL DEPORTE FORMATIVO Y COMPETITIVO EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE, DURANTE LOS DIAS 02, 03 Y 04 DE NOVIEMBRE DE 2022, CON UNA INTENSIDAD DE 24 HORAS, DIRECCIONADAS Y APOYADAS POR EL INDERCAS.	100

F. OBSERVACIONES:

Atentamente,



MILTON NIÑO DURAN
Contratista

Aguazul Casanare, 22 de febrero 2023

Licenciada
LINA PAOLA AMAYA BAHAMON
Supervisor INDERCAS.
El Yopal.

Asunto: Informe Mensual.

Cordial saludo.

Por medio de la presente hago entrega del tercer informe mensual de las actividades correspondiente del 18 de diciembre 2022 al 17 de enero 2023, del contrato de, **Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión** No. 0210, del 07/10/2022 cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVVICIOS DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTBLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACION AL DEPORTE, LA RECREACION Y LA ACTIVIDAD FISICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE.”BPIN 2022005850020.
Anexo a la presente:

1er Archivo

1 Oficio Remisorio
2 Anexo informe actividades
3 Mesociclo gráfico y escrito.
4 Certificado del metodólogo
5 Planilla de asistencia
6 Consolidado de población beneficiada.
7 Población beneficiada.
8 Hojas de vida deportistas.
9 Horarios de Entrenamiento
10 Formato anexo fotográfico
11 Certificación de Veracidad
12 Certificado de deducciones
13 Certificado decreto 1070
14 Planilla de aportes y certificación de pagos a seguridad social
15 Resolución de Pensión
16 Certificación Bancaria

Atentamente,

MILTON NIÑO DURAN
C.C. 4153189 de Hato Corozal: Casanare
CEL.: 3138066286

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

CONTENIDO DEL ANEXO

I PARTE

1. **ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO**:

- Selección trabajada: Se continuó desarrollando el plan de entrenamiento con los deportistas proyectados al rendimiento y talentos en las diferentes discapacidades que cada día van evolucionando en el deporte adaptado, se trabajó velocidad, coordinación, resistencia, se realizaron diferentes test de evaluación de su desarrollo físico, apoyando también todos los deportistas talentos en los diferentes municipios en apoyo técnico para poder consolidar el deporte adaptado en nuestro departamento.

- Macrociclo en proceso: 3
- Periodo: Preparatorio y Competitivo.
- Etapa: Preparación general.
- Tipo de Mesociclo: Desarrollador.
- Tipos de Microciclos: Estabilizador, Corriente, Corriente, Corriente.

Objetivos planteados: objetivos (físicos-técnicos-tácticos) Corrección y mejoracion de coordinación técnica y preparación física, hacia los próximos compromisos competitivos.

- Horas trabajadas: 80 horas especificas en entrenamiento deportivo; Se realizó entrenamiento deportivo con los todos los deportistas, fundamentación y perfeccionamiento de la técnica en las diferentes modalidades en pista, los nuevamente seleccionados y convocados por su rendimiento deportivo a asistir al 3er Prejuego clasificatorio a VI Juegos Paranacionales, Eje cafetero 2023, a realizarse en la ciudad de Bogotá, durante los días 10 al 16 de abril 2023, nuestro objetivo es alcanzar nuestras metas propuestas, ratificar nuestra clasificación a VI Juegos Paranacionales Eje Cafetero 2023, y representar de la manera más decorosa a nuestro departamento en el máximo evento deportivo nacional a realizarse en el mes de diciembre 2023 en el eje cafetero, apoyando también a los demás deportistas con discapacidad vinculados al programa deportivo de enseñanza del deporte y sus modalidades , técnicas, iniciación y fundamentación del deporte adaptado en nuestro municipio y departamento.

- Unidades de entrenamiento: Planeadas Vs realizadas
- Se planearon 40 sesiones de entrenamiento planeadas, realizadas el 75% ya que asistí a reuniones en diferentes municipios para realizar un diagnóstico del deporte adaptado en los diferentes municipios de nuestro departamento.

- Dificultades técnicas afrontadas y correctivos aplicados: falta de implementación acorde a las modalidades que se enseñan y desarrollan, pero no es problema para entregar un excelente resultado, nuestro objetivo es el de formar deportistas íntegros

como personas en la sociedad, con valores y enfoques de salir adelante a través del deporte.

- ✪ Anexar el Plan de gráfico y escrito del MACROCICLO a desarrollar, MESOCICLO Y MICROCICLOS desarrollados
  OK.
- ✪ Para los deportes individuales se debe proyectar los porcentajes de rendimiento en cada Mesociclo por cada deportista.

Deportistas en proyección en Paraatletismo.

- ✪ OSCAR JULIAN HERNANDEZ C. ……85%
- ✪ FRANSY SHIRLEY MOSCOSO G.……85%
- ✪ MARIA YOLANDA FIGUEREDO U.……85%
- ✪ LEONARDO PEREZ ……70%
- ✪ JORGE CAICEDO……75%

2. **COMPETENCIAS A LAS QUE ASISTIÓ**:

- ✪ Nombre del evento, fecha, sede, resultados generales, puesto, medallero, etc.

  No se asistió.

- ✪ Anexar formato consolidado de participaciones.

3. REUNIONES INTERDISCIPLINARIAS

- ✪ Programadas Vs Realizadas, especificando fecha, objetivo, temas tratados, y tipo de reunión según el perfil de asistencias así: Metodológicas, medicas, y de ciencias aplicadas, comisiones técnicas, comités ejecutivos desarrollo psicosocial, capacitaciones, otros (anexar actas de reunión)

  No se realizaron.

4. TEST VALORACIONES:

- ✪ Físicos, técnico - tácticos, pruebas médicas, pruebas teóricas, test pedagógicos (anexar)

- ✪ Se realizaron test de resistencia física, flexibilidad, de velocidad de 40 metros,



TEST DE VELOCIDAD 40 METROS



TEST DE FLEXIBILIDAD.

5. **ASISTENCIA**

- ✪ Relacionar detalladamente en el formato 1.1 Control de asistencia a los entrenamientos, especifique en los espacios apropiados el porcentaje de asistencia y los motivos de las ausencias.
- ✪ Siempre se realiza listado de asistencia en cada clase y en el horario para poder constatar su asistencia al programa o su falta de asistencia y comunicarse con el familiar, o tutor para saber su ausencia al programa y su motivo.

6. Escuelas De Formación:

Número de escuelas apoyadas, capitaciones realizadas, número de niños beneficiados, número de trabajos teórico – prácticos realizados, especificando las horas y lugares, temas tratados entre otros (anexar planillas de asistentes y presentación del temario y desarrollo de la capacitación)

Realicé visita al municipio de Maní donde realice una reunión con los dirigentes del programa deportivo de discapacidad y realizar un diagnóstico del apoyo al deporte

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

adaptado en dicho municipio, invitándoles a seguir adelante con el objetivo de masificar el deporte adaptado en nuestro departamento y se unifico una próxima reunión con la población con el objetivo de informar a la comunidad deportiva y sus familiares de los beneficios del deporte en las personas con discapacidad, (se anexa foto de la reunión en el informe fotográfico), también realicé visita al Corregimiento Paso Cusiana, Municipio de Tauramena, (se anexa foto de reunión en el informe fotográfico) por decisión de algunos padres y deportistas con discapacidad interesados en el programa deportivo y estuvieron de acuerdo en que les informara de la organización y realización de algunos programas que apoya el departamento pero que falta información acorde, como es la fomentación y masificación del deporte adaptado para todas las edades y principales programas como es los Juegos Intercolegiados, orientación y apoyo a la inscripción de estos deportistas en deporte adaptado principalmente Paraatletismo sus modalidades y clasificación funcional.

Firma: _____

Nombre y Apellidos: MILTON NIÑO DURAN_____

C.C. 4153189_____
Contratista

INDERCAS	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSION: 01

MODELO DE METODOLOGICOS PARA LA PRESENTACION DE PLANES DE ENTRENAMIENTO

NOMBRE DEL ENTRENADOR:	MILTON NIÑO DURAN							
DEPORTE: PARAATLETISMO Y OTROS	CATEGORIA: UNICA		MODALIDAD		EDAD: TODAS		GENERO:	M.F.
MACROCICLO No 3	FECHA: 18/12/2022 a 17/01/2023		TIPO DE MESOCICLO: DESARROLLADOR					
TIPO DE MICROCICLOS	MICRO 10		MICRO 11		MICRO 12		MICRO 13	
	ESTABILIZADOR		CORRIENTE		CORRIENTE		CORRIENTE	
FECHAS DE MICROCICLO	Ini	Fin	Ini	Fin	Ini	Fin	Ini	Fin
	18/12/2022	25/12/2022	26/12/2022	1/01/2023	2/01/2023	8/01/2023	9/01/2023	15/01/2023
OBJETIVOS MESOCICLO	CORRECCION Y MEJORACION DE COORDINACIÓN TECNICA Y PREPARACION FISICA, HACIA LOS PROXIMOS COMPROMISOS COMPETITIVOS.							
OBJETIVOS MICROCICLOS	10		11		12		13	
PREPARACION GENERAL	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	420 min	35%	360 min	25%	360 min	30%	360 min	30%
PREPARACION FISICA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	240 min	20%	120min	15%	360min	30%	240min	25%
PREPARACION TECNICA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	120min	10%	180min	15%	240min	20%	240min	25%
PREPARACION TACTICA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	120min	10%	180min	15%	60 min	5%	120min	5%
PREPARACION TEORICA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	60min	5%	120min	15%	60 min	5%	120min	5%
PREPARACION COMPETITIVA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	0 min	0%	0min	0%	0min	0%	0 min	0%
PREPARACION PSICOLOGICA	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:	VOL:	INT:
VOL MIN: / INT FRECAR:	240 min	20%	240min	15%	120min	10%	120 min	10%
VOLUMEN TOTAL MIN	1200 minutos		1200 minutos		1200minutos		1200 minutos	
INTENSIDAD	60%		75%		50%		60%	
MEDIOS	CANCHAS CUBIERTAS PISTA ATLETICA IMPLEMENTACION ACORDE, IDRA		CANCHAS CUBIERTAS PISTA ATLETICA IMPLEMENTACION ACORDE, IDRA		CANCHAS CUBIERTAS PISTA ATLETICA IMPLEMENTACION ACORDE, IDRA		CANCHAS CUBIERTAS PISTA ATLETICA IMPLEMENTACION ACORDE, IDRA	
METODOS	REPITITIVOS MODELADOS CONTINUOS CIRCUITOS		REPITITIVOS MODELADOS INTERVALICOS		REPITITIVOS MODELADOS INTERVALICOS		REPITIVOS, MODELADOS, CONTINUOS.	
EVALUACION	SE CONTINUA ADELANTE REALIZANDO CORRECCION EN MEJORAR TECNICAS DE CARRERA BRASEO Y PERFECCIONAMIENTO EN VELOCIDAD.		DEPORTISTAS MUY COMP´ROMETIDOS CON EL OBJETIVO DE MEJORAR DIARIAMENTE LO ALCANZADO A TRAVES DE UN ENTRENAMIENTO ESPECIFICO DE LAS MODALIDADES A EJECUTAR.		SE ENCUENTRAN MOTIVADOS EN SUS ENTRENAMIENTOS CON EL OBJETIVO DE REPRESENTAR NUESTRO DEPARTAMENTO DE LA MEJOR MANERA EN LO DEPORTIVO.		SE BUSCA CADA DIA MEJORAR TECNICAS Y PREPARACION FISICA DEPORTIVA, EN BUSCA DE ALCANZAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS.	

FIRMA DE ENTRENADOR / INSTRUCTOR: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: MILTON NIÑO DURAN_____

V°B° Metodologo de apoyo: _____

Nombres y apellidos: JHON JAIRO ORTIZ RAMIREZ_

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CERTIFICACION
FO-A-GDO-04
04-08-2017
Versión 02

EL SUSCRITO PROFESIONAL DE LA SUBGERENCIA DE DESARROLLO DEPORTIVO – INDERCAS - METODOLOGO

CERTIFICA Y/O DEJA CONSTANCIA QUE:

Que el entrenador, **MILTON NIÑO DURAN**, identificado con cedula de ciudadanía No. 4153189 de Hato corozal , cumplió con las actividades metodológicas consignadas en el contrato de prestación de servicios 210 de 2022, el cual tiene como objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020., para el periodo comprendido entre 18-12-2022 al 17-01-2023.

La anterior se expide a los DIECISEIS (16) días del mes de Febrero de 2023.

BLADIMIR BARRERA CORREDOR

Profesional Universitario – Metodólogo

REVISO: JHON JAIRO ORTIZ RAMIREZ

PROYECTO: JHON JAIRO ORTIZ

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

PLANILLA DE ASISTENCIA

SELECCIÓN: _DISCAPACIDAD Y CLUB DEPORTIVO DE SORDOS FECHA: DESDE: DIA:_18/12/2022 HASTA: DIA: 17/01/2023

DEPORTE: PARAATLETISMO Y OTROS HORARIO:7:00 A 10:00 A.M. Y 4:00 A 7:00 P.M._____

ENTRENADOR:MILTON NIÑO DURAN__ EDADES: DE 8 AÑOS EN ADELANTE_____

DIRECCIÓN:CALLE 23A No 18-79_____

TELEFONO: 3138066286_____

N°-	NOMBRE Y APELLIDOS	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	ASIST. %	OBSERVACIONES GENERALES
1	OSCAR LEONARDO FLOREZ		A	A	A	A	A			A	A	A	A	A				A	A	A	A			A	A	A	A	A			A	A	94.5%	
2	OSCAR JULIAN HERNANDEZ			A	A		A			A	A	A		A				A	A	A	A			A		A	A				A	A	72%	
3	JUAN PABLO ALVAREZ		A			A					A		A					A		A					A		A					A	40.5%	
4	DIEGO ARMANDO CANO		A	A						A			A	A			A		A	A					A	A				A	A	54%	
5	BRAYAN F. GARCIA P.		A	A	A	A	A			A		A						A		A				A	A	A	A	A			A	A	72%	
6	JOSE ALBERTO VANEGAS			A		A					A								A						A		A					A	31.5%	
7	JAVIER YOBANY LEMUS		A	A	A	A	A			A	A		A					A		A	A			A	A	A	A	A			A	A	81%	
8	HENRY CASTILLO		A	A	A	A	A			A	A									A	A			A	A	A	A	A			A	A	72%	
9	OSCAR A. GARCIA			A		A														A					A		A					A	27%	
10	KEVIN MONTAÑA		A	A	A	A	A																			A	A				A	A	40.5%	
11	DIEGO ALEXANDER JIMENEZ		A		A		A				A							A		A					A		A	A				A	45%	
12	DAVID ANDRES CETINA			A			A										A							A		A				A		27%	
13	TED JONNATHAN NIÑO			A		A	A				A	A	A				A		A	A				A		A	A				A	A	63%	
14	OSCAR E. HERNANDEZ		A	A	A	A	A			A		A					A	A		A					A	A	A	A			A	A	72%	
15	YEISSON O. CALDERON		A	A	A	A	A				A	A	A				A	A	A						A	A	A	A			A	A	76.5%	
16	DIEGO ANDRES TORRES		A	A	A	A	A			A	A	A		A				A		A	A			A	A	A	A	A			A	A	85.5%	
17	MANUEL ANTONIO PEREZ			A		A	A				A	A	A				A		A	A				A		A	A				A	A	63%	
18	JORGE E.CAICEDO		A	A	A	A	A			A		A		A			A	A	A	A	A			A	A	A	A	A			A	A	90%	
19	JULIO ANTONIO FERNANDEZ		A	A	A	A	A			A	A	A	A	A				A		A	A			A	A	A	A	A			A	A	90%	
20	CARLOS EVELIO RIOS			A		A					A								A						A		A					A	31.5%	
21	LEONARDO PEREZ		A	A	A	A	A			A										A	A			A	A		A	A			A	A	63%	
22	SEBASTIAN UNRIZA			A						A	A							A							A		A				A	A	36%	
23	CRISTIAN RODRIGUEZ			A		A	A				A	A	A				A		A	A				A		A	A				A	A	63%	
24	HEILER BERNAL			A		A	A				A	A	A				A		A	A				A		A	A				A	A	63%	
25	WILMER LEGUIZAMON			A						A	A							A							A		A	A			A	A	40.5%	

CONVENCIÓNES: **R: LLEGADA TARDE** **E: EXCUSA** **C: COMPETENCIAS** **F: NO ASISTIO**

FIRMA DEL ENTRENADOR:_____ **J.R.C.**

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

PLANILLA DE ASISTENCIA

SELECCIÓN: _DISCAPACIDAD Y CLUB DEPORTIVO DE SORDOS FECHA: DESDE: DIA:_18/12/2022 HASTA: DIA: 17/01/2023
DEPORTE: PARAATLETISMO Y OTROS HORARIO:7:00 A 10:00 A.M. Y 4:00 A 7:00 P.M._____
ENTRENADOR:MILTON NIÑO DURAN__ EDADES: DE 8 AÑOS EN ADELANTE_____
DIRECCIÓN:CALLE 23A No 18-79_____
TELEFONO: 3138066286_____

N°-	NOMBRE Y APELLIDOS	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	ASIST. %	OBSERVACIONES GENERALES
1	ANDREA PARRA		A	A	A	A				A	A		A						A	A				A		A	A				A	A	63%	
2	DIANA CAROLINA RINCON		A		A		A			A		A									A			A		A					A		40.5%	
3	LAURA DANIELA LIEVANO			A		A	A			A	A		A					A		A					A		A					A	49.5%	
4	JENI LIZED VEGA		A	A	A	A	A			A	A	A	A						A	A	A			A		A	A	A			A	A	81%	
5	LADY CONSTANZA ROSAS			A							A	A						A			A				A			A			A		36%	
6	MILDRETH A. VARGAZ				A							A	A					A	A					A			A					A	36%	
7	FRANSY SHIRLEY MOSCOSO		A	A	A	A	A														A			A	A	A	A	A			A	A	58.5%	
8	LILIANA MAECHA			A						A		A						A			A				A	A					A		36%	
9	MARIA Y. FIGUEREDO		A	A	A	A	A			A																A	A	A			A	A	49.5%	
10	RUTH YOLANDA MANRIQUE			A		A					A									A					A							A	27%	
11	CLAUDIA ROJAS		A	A	A	A	A				A		A						A							A	A					A	49.5%	
12	SANDRA CUERVO			A			A			A		A								A				A			A				A	A	40.5%	
13	TATIANA MIRANDA				A	A				A			A						A						A	A	A					A	40.5%	
14	LUZ MARY DIAZ				A		A				A										A				A			A					27%	
15	ZULMA CUERVO			A			A			A		A								A				A			A				A	A	40.5%	
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
21																																		
22																																		
23																																		

CONVENCIÓNES: R: LLEGADA TARDE E: EXCUSA C: COMPETENCIAS F: NO ASISTIO

FIRMA DEL ENTRENADOR:_____

J.R.C.

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

SISTEMA DE GESTIÓN - CALIDAD
DEPORTES
POBLACIÓN BENEFICIADA

POBLACION BENEFICIADA
FO-M-DRA-10
04/05/2022
Version 02

BASE DE DATOS

CONTRATO No: 0120	FECHA: 7/10/2022	OBJETO:PRESTAR LOS SERVVICIOS DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTBLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACION AL DEPORTE, LA RECREACION Y LA ACTIVIDAD FISICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD
NOMBRES Y APELLIDOS: MILTON NIÑO DURAN	N° CELULAR: 3138066286	DEPORTE: PARAATLETISMO Y OTROS
MES DE INFORME: 18/12/2022 A 17/01/2023	MUNICIPIO: AGUAZUL	CORREO ELECTRONICO: aguazulfides@gmail.com

NOTA: SIGLA PPL-TD : POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD
SIGLA PPR: POBLACION EN PROCEO DE REINSERCION

							ENFOQUE DE GENERO			ENFOQUE ETNICO				ENFOQUE DIFERENCIAL / POBLACIONAL							SECTOR	
N°-	MOMBRE Y APELLIDOS	N° D.I.	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa	EDAD	TELEFONO	E- MAIL	F	M	LGTBI	Indigenas	Comunidades Negras - Afro - Raizales - Palenqueras	Pueblo ROM o Gitano	Ninguno	Victimas del Conflicto Armado	Habitante de Calle	PPL-TD	PPR	Poblacion en Pobreza Extrema	Personas con Discapacidad	Ninguno	U	R
1	OSCAR L. FLOREZ PEREZ	1116546965	25/01/1995	28	3143631492			x											x		x	
2	OSCAR J.HERNANDEZ C.	100655417	25/04/2003	19	3154706059			x											x			x
3	JUAN PABLO ALVAREZ L.	1116547588	25/12/1991	31	3132461872			x											x		X	
4	DIEGO ARMANDO CANO R.	##########	17/04/2003	19	3105746297			x											x		x	
5	BRAYAN FERNEY GARCIA P.	1000783272	15/08/2001	21	3118492087			x											x		x	
6	JOSE ALBERTO VANEGAZ	74753738	30/09/1978	44	3203394735			x											x		x	
7	JAVIER YOBANY LEMUS M.	74755064	16/10/1981	41	3133286154			x											x		x	
8	HENRY CASTILLO A.	9540387	6/04/1973	49	3212486504			x											x		x	
9	OSCAR ANDRES GARCIA P.	1116550109	24/06/1994	28	3105863320			x											x		x	
10	KEVIN ALFREDO MONTAÑA	1006441937	26/04/2000	22	3106787340			x											x			X
11	DIEGO ALEXANDER JIMENEZ B.	1116154580	20/08/1998	24	3133719799			x											x		x	
12	DAVID ANDRES CETINA		21/01/1999	24	3138002722			x											x		X	
13	TED JONNATHAN NIÑO P.	1116542775	29/09/1986	36	3123774604			x											x		x	
14	OSCAR EDUARDO HERNANDEZ	1116548865	6/08/1993	29	3112206611			x											x		x	
15	YEISSON OCTAVIO CALDERON A.	1116544000	12/04/1988	34	3128270830			x											x		x	
16	DIEGO ANDRES TORRES	1116550026	25/02/1994	28	3115594950			x											x		x	
17	MANUEL ANTONIO PEREZ	1116547303	28/11/1991	31	3227929412			x											x		x	
18	JORGE ENRIQUE CAICEDO	1116542236	20/04/2004	18	3208458157			x											x		x	
19	JULIO ANTONIO FERNANDEZ	4463378	11/04/1956	66	3133467824			x											x		x	
20	CARLOS EVELIO RIOS	17590136	15/02/1976	47	3112821697			x											x		x	
21	LEONARDO PEREZ ECHEVERRIA	1116551526	25/01/1996	27	3114571863			x											x		x	
22	SEBASTIAN UNRIZA TORRES	1115912418	8/12/2007	15	3142965930			x											x			X
23	CRISTIAN ALEXIS RODRIGUEZ	1116551475	17/01/1996	27	3133323645			x											x		x	
24	HEILER BERNAL MORENO	1116542210	11/03/1986	36	3202115140			x											x		x	
25	WILMER ARLEY LEGUIZAMON	1115912910	16/06/2008	14	3219987121			X											x			X
26	DIANA CAROLINA RINCON	1116552358	20/08/1996	26	3224494512		x												x		x	
27	LAURA DANIELA LIEVANO	1116552093	6/06/1996	26	3213855966		x												x		x	
28	JENI LIZED VEGA	33646632	21/02/1983	40	3208803281		x												x		x	
29	LADY CONSTANZA ROSAS	1116548165	2/03/1992	30	3118534625		x												x		x	

30	MILDRETH VARGAZ	1006441901	27/04/1995	27	3102865287		x												x		x	
31	FRANSY SHIRLEY MOSCOSO	1115910599	24/01/2005	18	3157999940		x												x			X
32	LILIANA MAECHA	1002721767	6/10/1995	27	3133323645		x												x		x	
33	ANDREA PARRA	1116552447	18/10/1996	26	3224494512		x												x		x	
34	RUTH YOLANDA MANRIQUE LOPEZ	24228226	21/02/1983	40	3107610487		x												x		x	
35	CLAUDIA MILENA ROJAS	1116549984	22/09/1994	28	3114553677		X												X		X	
36	SANDRA PATRICIA CUERVO PEDRAOS	1116547335	24/04/1989	33	3142847028		X												X		X	
37	TATIANA MIRANDA BUSTOS	1116549509	24/03/1994	28	3208294188		X												X		X	
38	LUZ MARY DIAZ	1116551659	10/07/1995	27	3202115140		X												X		X	
39	ZUMA YANETH CUERVO PEDRAOS	1116547124	20/01/1991	32	3142847028		X												X		X	
40	MARIA YOLANDA FIGUEREDO	1029611024	12/02/2005	18	3209847149		X												X		X	
41				-																		
42				-																		
43				-																		
44				-																		
45				-																		
46				-																		
47				-																		
48				-																		
49				-																		
50				-																		
51				-																		
52				-																		
53				-																		
54				-																		
55				-																		
56				-																		
57				-																		
58				-																		
59				-																		
60				-																		
61				-																		
62				-																		
63				-																		
64				-																		
65				-																		
66				-																		
67				-																		

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE Nit. 844.003.345-1	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD DEPORTES POBLACIÓN BENEFICIADA		POBLACION BENEFICIADA FO-M-DRA-10 04/05/2022 Version 02

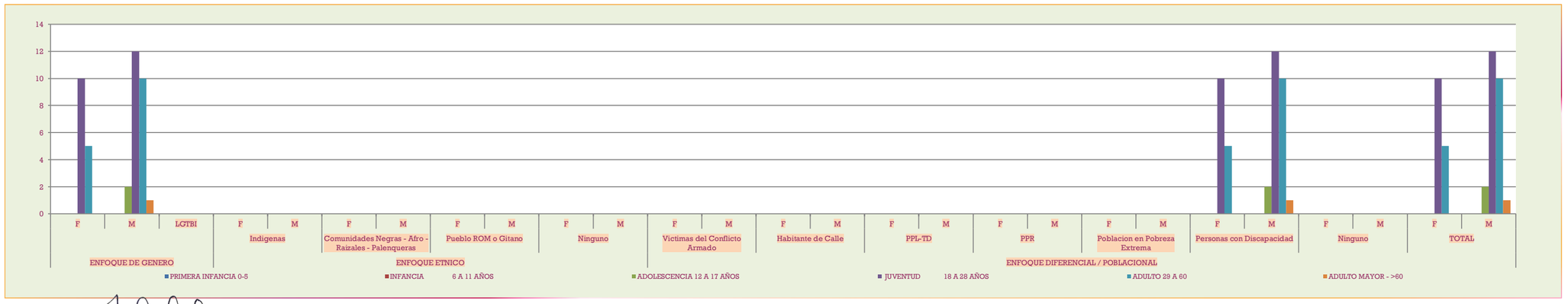
NOMBRE DEL CONTRATISTA:MILTON NIÑO DURAN

PERIODO: 3 | MUNICIPIO: AGUAZUL

TELEFONO:3138066286 | CORREO ELECTRONICO: aguazulfides@gmail.com

POBLACION

RANGO DE EDAD / POBLACION	AREA URBANA/RURAL		ENFOQUE DE GENERO			ENFOQUE ETNICO								ENFOQUE DIFERENCIAL / POBLACIONAL														TOTAL		GRAN TOTAL
						Indigenas		Comunidades Negras - Afro - Raizales - Palenqueras		Pueblo ROM o Gitano		Ninguno		Victimas del Conflicto Armado		Habitante de Calle		PPL-TD		PPR		Poblacion en Pobreza Extrema		Personas con Discapacidad		Ninguno					
	U	R	F	M	LGTBI	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
PRIMERA INFANCIA 0-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
INFANCIA 6 A 11 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
ADOLESCENCIA 12 A 17 AÑOS	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	**2**
JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	19	3	10	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	12	0	0	10	12	**22**
ADULTO 29 A 60	15	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	10	0	0	5	10	**15**
ADULTO MAYOR - >60	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	**1**
TOTALES	**35**	**5**	**15**	**25**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**15**	**25**	**0**	**0**	**15**	**25**	**40**



FIRMA : _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116546965_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: FLOREZ PEREZ____ Nombre: OSCAR LEONARDO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 25/01/1991_ Depto.: BOYACA_____ M/pio: SOGAMOSO_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 18 No 12 - 75_____

Teléfonos: ___ Celular: 3143631492_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS _____ Fecha de Afiliación: __01__/08__/2008_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____62_____ Estatura: _1,52_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: LANZ. DE DISCO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.116.546.965
FLOREZ PEREZ
OSCAR LEONARDO
OSCARF
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1991
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52
ESTATURA
O-
M
SEXO
08-JUL-2008 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116546965
NOMBRES	OSCAR LEONARDO
APELLIDOS	FLOREZ PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:39:31	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIt. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nuta	
FECHA: 18-11-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Flavia Perez				Apellidos:	Perez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	x	CE		Otro, cual:			
N° de Documento:	4635511				Expedido en:	Sogamoso		
Fecha de Nacimiento:	25-12-1959				N° Celular:	3143631492		
Dirección de Residencia:	Cra 18 # 12-75							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Oscar Leonardo				Apellidos Deportista:	Flores Perez	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC		Registro Civil:	Otro, cuál?: CC	
N° de Documento:	1116546965				Expedido en:	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	25-01-1991				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	Cra 16 # 12-75						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Maria Perez	Madre	3143631492
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Perez	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116547588_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: ALVAREZ LOPEZ____ Nombre: JUAN PABLO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 25/12/1991_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: DIAGONAL 9 No 31 - 69_____

Teléfonos: ___ Celular: 3104818223_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: SANITAS _____ Fecha de Afiliación: __17__/03__/2022_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____69_____ Estatura: _1,56_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
ALVAREZ LOPEZ
JUAN PABLO


FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1991
AGUAZUL
(CASANARE)
1.56
A+
M
06-ABR-2010 AGUAZUL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116547588
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	ALVAREZ LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/17/2022 09:11:07	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Hilton Nuño	
FECHA: 09-01-2023	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Nataly			**Apellidos:**	Castro lopez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1116545301				**Expedido en:**	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	30-09-1989				**N° Celular:**	3104818223	
Dirección de Residencia:	Cra 6 # 14-15						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**		**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Juan Pablo			**Apellidos Deportista:**	Alvarez lopez
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116547588			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	25-12-1991			**N° Celular:**	3104818223
Dirección de Residencia:	Cra 6 # 14-15				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:

SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Nataly Castro Lopez	Hermana	3104818773
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Nataly Castro Lopez.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Lady Nataly Castro Lopez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1006442895_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CANO RIVAS____ Nombre: DIEGO ARMANDO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 17/04/2003_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 23ª No 9 - 54_____

Teléfonos: ___ Celular: 3105746297_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __12__/04__/2013_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,54_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.006.442.895
CANO RIVAS
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES
Diego
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-2003
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
03-AGO-2021 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006442895
NOMBRES	DIEGO ARMANDO
APELLIDOS	CANO RIVAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	12/04/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 13:49:00	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Hilton Nyiss	
FECHA:	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Noiberto			**Apellidos:**	Cano		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**		**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	23725444			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	25-08-1964			**N° Celular:**	3105746297		
Dirección de Residencia:	Cll 23A # 9-54						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Diego Armando			**Apellidos Deportista:**	Cano Rivas
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1006442895			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	17-04-2003			**N° Celular:**	3105746297
Dirección de Residencia:	Cll 23A # 9-54				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:					

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit 844.001.104-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Norberta Cano	Madre	3105746297
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Norberta Cano Rivas	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Norberta Cano R.	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1006443686_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: GARCIA PULIDO____ Nombre: BRAYAN FERNEY _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 15/08/2001_ Depto.: CASANARE_ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 9B No 31 - 32_____

Teléfonos: ___ Celular: 3118492087_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __10__/04__/2003_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____58_____ Estatura: _1,65_____

Liga: ___ Club: PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 1500, 5000 METROS CARRERA_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.006.443.686
GARCIA PULIDO
APELLIDOS
BRAYAN FERNEY
NOMBRES
Brayan Ferney Garcia


FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2001
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
11-DIC-2019 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000783272
NOMBRES	BRAYAN FERNEY
APELLIDOS	GARCIA PULIDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	10/04/2003	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:46:40	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE	NOMBRE:	Hilton Niño
FECHA: 13-01-2023	GRUPO:	CARGO:	Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Ana Isbelia			Apellidos:	Pulido		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	52316935			Expedido en:	Bogota		
Fecha de Nacimiento:	27-04-9977			N° Celular:	3228760073		
Dirección de Residencia:	C1198A 31-32						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Brayan Ferney			Apellidos Deportista:	Garcia Pulido
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	X	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	1006443686			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	15-08-2001			N° Celular:	3228760073
Dirección de Residencia:					
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Ana Isbelia Pulido	Madre	3228960073
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Ana Isbelia Pulido	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Ana Isbelia Pulido	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 74755064_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: LEMUS MONTAÑEZ____ Nombre: JAVIER YOBANY_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 16/10/1981_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 17 No 14 - 41_____

Teléfonos: ___ Celular: 3133286154_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __01__/10__/1996_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____58_____ Estatura: _1,70_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

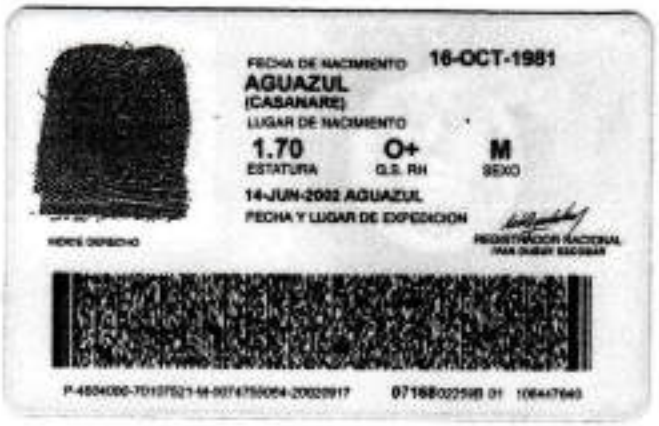
Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
74755064
NUMERO
LEMUS MONTAÑEZ
APELLIDOS
JAVIER JOBANY
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1981
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-JUN-2002 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	74755064
NOMBRES	JAVIER JOBANY
APELLIDOS	LEMUS MONTANEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/10/1996	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:44:09	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE	NOMBRE: Hilton Niño
FECHA: 21-10-2022	GRUPO:	CARGO: Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Blanca Rosa				Apellidos:	Montañez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:			
N° de Documento:	24225878				Expedido en:	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	26-12-1952				N° Celular:	3133786154		
Dirección de Residencia:	Cra 13 #14-41							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, Imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Javier Yobany				Apellidos Deportista:	Jemus Montañez	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	/	Registro Civil:	Otro, cuál?: CC-	
N° de Documento:	74755064				Expedido en:	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	16-10-1981				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	Cra 17 # 14-41						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Blanca Hontañez	Madre	3133286154
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Blanca Rosa Hontañez	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Blanca Rosa Hontañez	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 9540387_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: SAMACA_____

Apellidos: CASTILLO AMAYA____ Nombre: HENRY_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 06/04/1973_ Depto.: BOYACA_____ M/pio: SAMACA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 14ª No 8 - 02_____

Teléfonos: ___ Celular: 3212486504_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS _____ Fecha de Afiliación: __01__/06__/2015_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,62_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
9.540.387
NUMERO
CASTILLO AMAYA
APELLIDOS
HENRY
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1973
SAMACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
23-ABR-2003 SAMACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	9540387
NOMBRES	HENRY
APELLIDOS	CASTILLO AMAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:42:35	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIt. 840.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE	NOMBRE: Hilton Niño
FECHA: 18-11-2022	GRUPO:	CARGO: Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	William Castillo			**Apellidos:**	Castillo Amaya			
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	74357174			**Expedido en:**	Sameco Boy.			
Fecha de Nacimiento:	16-03-1975			**N° Celular:**	3212486504			
Dirección de Residencia:	Cll 14A # 8-02							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:				**Municipio Residencia:**				
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**		**Tutor**	X	**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Henry			**Apellidos Deportista:**	Castillo Amaya		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** C.C.	
N° de Documento:	9540387			**Expedido en:**	Sameco Boy.		
Fecha de Nacimiento:	06-04-1973			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Cll 14A # 8-02						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	aguazul		
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.349-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	William Castillo	Hermano	3212486504
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	William Castillo Amaya	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1006441937_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: MONTAÑA AVELLA____ Nombre: KEVIN ALFREDO _____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 26/04/2000_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANO _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: VEREDA BELLA VISTA_____

Teléfonos: ___ Celular: 3106787340_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __20__/04__/2004__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____63_____ Estatura: _1,65_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100,200, 400, METROS VELOCIDAD_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.005.441.937
MONTAÑA AVELLA
KEVIN ALFREDO


AGUAZUL
1.65
O+
M

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006441937
NOMBRES	KEVIN ALFREDO
APELLIDOS	MONTAÑA AVELLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	20/04/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 09:17:59	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.349-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nino Duran	
FECHA: 15-11-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Luz Fanny Avella			Apellidos:	Avella Quiroz		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	23467748				Expedido en:	Tauramena	
Fecha de Nacimiento:	23/10/1978				N° Celular:	3106787340	
Dirección de Residencia:	Vereda - Bella Vista						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Kevin Alfredo			Apellidos Deportista:	Montaña Avella
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	Registro Civil:	Otro, cuál?: C.C.
N° de Documento:	1006441937			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	26/04/2000			N° Celular:	3106787340
Dirección de Residencia:	Vereda - Bella Vista				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.349-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que debe ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Luz Fanny Avella	Madre	3106787340
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Luz Fanny Avella	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Luz Fanny Avella	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116554580_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: JIMENEZ BOHORQUEZ____ Nombre: DIEGO ALEXANDER_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 20/08/1998_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 15 No 21 - 59_____

Teléfonos: ___ Celular: 3133719799_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS _____ Fecha de Afiliación: __01__/11__/2019_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,58_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.116.554.580
JIMENEZ BOHORQUEZ
APELLIDOS
DIEGO ALEXANDER
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1998
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
19-SEP-2016 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116554580
NOMBRES	DIEGO ALEXANDER
APELLIDOS	JIMENEZ BOHORQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:15:13	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Niño
FECHA: 21-10-2022		CARGO: Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Omaira				Apellidos:	Bohorquez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:			
N° de Documento:	47431450				Expedido en:	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	28-07-1974				N° Celular:	3133719799		
Dirección de Residencia:	C11B#21-59							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Diego Alexander				Apellidos Deportista:	Jimenez B.	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC		Registro Civil:	Otro, cuál?: CC.	
N° de Documento:	1116554580				Expedido en:	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	20-08-1998				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	C11 15 # 21-59						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

_____

_____

_____

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Omaira Bohorquez	Madre	3133719799
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Omaira Bohorquez	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Omaira Bohorquez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116555284_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CETINA RIVERA____ Nombre: DAVID ANDRES_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 21/01/1999_ Depto.: NORTE DE SANTANDER_M/pio: CUCUTA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 8 No 21 - 59_____

Teléfonos: ___ Celular: 3138002722_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __01__/12__/2010_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____56_____ Estatura: _1,54_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.116.555.284
CETINA RIVERA
DAVID ANDRES
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1999
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-MAY-2017 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116555284
NOMBRES	DAVID ANDRES
APELLIDOS	CETINA RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/12/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2023 16:54:24	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Hilton Nuñez	
FECHA: 16-05-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	María Ofide			**Apellidos:**	Cetina Hernandez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	60385427				**Expedido en:**		
Fecha de Nacimiento:	29-07-1977				**N° Celular:**	3138007772	
Dirección de Residencia:	Cra 4# 7-68						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**		**Tutor**	X	**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	David Andres			**Apellidos Deportista:**	Cetina Rivera
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116555784			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	21-01-1999			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Cra 4# 7-68				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Maria Ofide Cetina	hermana	3138002722
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Maria Ofire Cetina Hernandez	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Ofides Cetina H.	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116548865_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: HERNANDEZ MARTINEZ____ Nombre: OSCAR EDUARDO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 06/08/1993_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 8 No 17A - 22_____

Teléfonos: ___ Celular: 3112206611_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __26__/10__/2015_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____62_____ Estatura: _1,68_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.548.865
HERNANDEZ MARTINEZ
APELLIDOS
OSCAR EDUARDO
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1993
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-AGO-2011 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116548865
NOMBRES	OSCAR EDUARDO
APELLIDOS	HERNANDEZ MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	26/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:38:03	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
No. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nivo	
FECHA: 20/12-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yaneth			Apellidos:	Martinez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	x	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	24228308			Expedido en:	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	28-06-1971			N° Celular:	3112206611		
Dirección de Residencia:	Cra 8 # 17A - 22						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de Imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Oscar Eduardo			Apellidos Deportista:	Hernandez Martinez
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	Registro Civil:	Otro, cuál?: CC
N° de Documento:	1116548665			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	6-8-1993			N° Celular:	
Dirección de Residencia:	Cra 8 # 17A - 22				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yaneth Martinez	Madre	3112206611
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Yaneth Martinez	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yaneth Martinez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116550026_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: TORRES CRISTANCHO____ Nombre: DIEGO ANDRES_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 25/02/1994_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 15 No 12 - 52_____

Teléfonos: ___ Celular: 3115594950_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __12__/06__/2001_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,64_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.550.026
TORRES CRISTANCHO
APELLIDOS
DIEGO ANDRES
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE


FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1994
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-OCT-2012 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116550026
NOMBRES	DIEGO ANDRES
APELLIDOS	TORRES CRISTANCHO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	12/06/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:48:30	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Hilton Hugo	
FECHA: 19-01-2023	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Maria del Carmen			**Apellidos:**	Pistancho		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	24227076				**Expedido en:**	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	30-08-1958				**N° Celular:**	3196401725	
Dirección de Residencia:	Cll 15 # 13-52						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Diego Andres			**Apellidos Deportista:**	Torres Pistancho
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116550026			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	25-02-1994			**N° Celular:**	3196401725
Dirección de Residencia:	Cll 15 # 13-52				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	María del Carmen Cristancho	Madre	3196401775
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

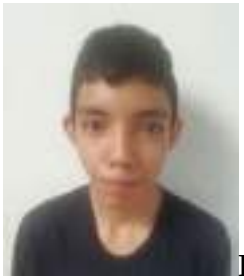
REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	María del Carmen Cristancho	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116542236_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CAICEDO CARDENAS____ Nombre: JORGE ENRIQUE_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 20/04/2004_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE_____

Teléfonos: ___ Celular: 3208458157_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: SANITAS _____ Fecha de Afiliación: __17__/03__/2022_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,50_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100,200, 400 METROS VELOCIDAD_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.116.542.236
CAICEDO CARDENAS
APELLIDOS
JORGE ENRIQUE
NOMBRES

Jorge Enrique Caicedo Cárdenas
FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-2004
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

21-ABR-2022 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4604000-01302659 M-1116542236-20220610 0079737636A 1 54033444

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116542236
NOMBRES	JORGE ENRIQUE
APELLIDOS	CAICEDO CARDENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:21:51	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.

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Hilton Nuño	
FECHA: 7	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Angelo Yadira			**Apellidos:**	Cardenas		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:** C		
N° de Documento:	1116542374			**Expedido en:**	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	3-02-1986			**N° Celular:**	3208458157		
Dirección de Residencia:	Cra 23A # 18-41						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**		**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Jorge Enrique			**Apellidos Deportista:**	Caicedo Cardenas
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116542236			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	20-04-2004			**N° Celular:**	3208458157
Dirección de Residencia:	Cll 23A # 18-41				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Angela Yadira Cardenas	Madre	320 845 8157
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Angela Yadira Cardenas.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Angela Yadira Cardenas	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 4465378_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: MONTENEGRO_____

Apellidos: FERNANDEZ____ Nombre: JULIO ANTONIO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 11/04/1956_ Depto.: QUINDIO_____ M/pio: PIJAO_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 11A No 20 - 23_____

Teléfonos: ___ Celular: 3133467824_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS_____ Fecha de Afiliación: __01__/01__/2016_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,68_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4.465.378
FERNANDEZ
APELLIDOS
JULIO ANTONIO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1956
PIJAO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ENE-1975 MONTENEGRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	4465378
NOMBRES	JULIO ANTONIO
APELLIDOS	FERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 09:09:38	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aquazul	RESPONSABLE	NOMBRE: Hilton Niño	
FECHA: /	GRUPO:	CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Miriam			Apellidos:	Jaramillo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	24807387			Expedido en:	Montenegro		
Fecha de Nacimiento:	2-8-1963			N° Celular:	3183070328		
Dirección de Residencia:	Cra 11A # 20-23						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aquazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre		Tutor	X	Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Julio Antonio			Apellidos Deportista:	Fernandez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC		Registro Civil:	Otro, cuál?: CC	
N° de Documento:	4465378				Expedido en:	Montenegro	
Fecha de Nacimiento:	11-04-1956				N° Celular:	3133467824	
Dirección de Residencia:	Cra 11A # 20-23						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Aquazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.106-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022006850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Miriam Jaramillo	Hermana	318 907 0328
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022006850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Miriam Jaramillo	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Miriam Jaramillo	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116551526_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: PEREZ ECHEVERRIA____ Nombre: LEONARDO_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 25/01/1996_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 9 No 9 - 20_____

Teléfonos: ___ Celular: 3114571863_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS _____ Fecha de Afiliación: __01__/08__/2008_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____68_____ Estatura: _1,81_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: LANZ. DE DISCO Y BALA_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.551.526
PEREZ ECHEVERRIA
APELLIDOS
LEONARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1996
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.81
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
05-FEB-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116551526
NOMBRES	LEONARDO
APELLIDOS	PEREZ ECHEVERRIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/08/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:41:00	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Hilton Nivia	
FECHA: 18-11-2022		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Cecilia				**Apellidos:**	Echeverria		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	24226587				**Expedido en:**	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	04-09-1960				**N° Celular:**	3114571663		
Dirección de Residencia:	Cll 9 # 9-20							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Leonardo				**Apellidos Deportista:**	Perez Echeverria	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	C.C.
N° de Documento:	1116551526				**Expedido en:**	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	25-01-1996				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Cll 9 # 9-20						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deporte						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.195-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Cecilia Echeverria	Madre	3114571863
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Cecilia Echeverria P.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Cecilia Echeverria	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: Paraatletismo_____

Identificación: 1115912418_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: TAURAMENA_____

Apellidos: UNRIZA TORRES____ Nombre: SEBASTIAN _____ _____

Sexo: M _x_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 08/12/2007_ Depto: CASANARE_____ M/pio: TAURAMENA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: TAURAMENA__ Dirección: VEREDA YAGUAROS_____

Teléfonos: ___ Celular: 3142965930_____E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _I.E. EL CUSIANA____ Tiempo _____ Termino Sí_ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa ____ Pantaloneta __ Sudadera ____ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: _01/10/2010/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____54_____ Estatura: ____1,52_____

Liga: _____ Club: PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD__

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.115.912.418

UNRIZA TORRES
APELLIDOS

SEBASTIAN
NOMBRES

Sebastian Unriza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-2007
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-DIC-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

09-JUL-2015 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4685000-00744906-M-1115912418-20150908 0046324459A 1 30151190

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1115912418
NOMBRES	SEBASTIAN
APELLIDOS	UNRIZA TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	TAURAMENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/10/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:24:03	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE	NOMBRE: Hilton Nuñez	
FECHA: 18-01-2023	GRUPO:	CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Hista Cecilia			Apellidos:	Torres Diaz		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	23167615			Expedido en:	Tauramena		
Fecha de Nacimiento:	21-10-1973			N° Celular:	3142965930		
Dirección de Residencia:	Vereda Yaguaros						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Tauramena		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Sebastian			Apellidos Deportista:	Uniza Torres		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	X	RC		Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	1115912418			Expedido en:	Tauramena		
Fecha de Nacimiento:	08-12-2007			N° Celular:	3142965930		
Dirección de Residencia:	Vereda Yaguaros						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Tauramena		
Actividad a desempeñar:							

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.105-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

_____

_____

_____

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Hirta Cecilia Torres	Madre	3142965930
2			

Habiendo leído la presenta declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020**, así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Hirta Torres	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Hirta Cecilia Torres	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1115912910_____Tipo: CC __TI_X_ CE__ De: TAURAMENA_____

Apellidos: LEGUIZAMON LEGUIZAMON____ Nombre: WILMER ARLEY _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 16/06/2008_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: TAURAMENA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: TAURAMENA__ Dirección: _____

Teléfonos: ___ Celular: 3219526644_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: I.E. EL CUSIANA_____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __23__/10__/2008_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,56_____

Liga: ___Club; PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100, 200 VELOCIDAD_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.115.912.910

LEGUIZAMON LEGUIZAMON
APELLIDOS

WILMER ARLEY
NOMBRES

Arley Leguizamon
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-2008
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-JUN-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
27-JUL-2015 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4685000-00756598-M-1115912910-20151020 0047074354A 1 30151297

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1115912910
NOMBRES	WILMER ARLEY
APELLIDOS	LEGUIZAMON LEGUIZAMON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	TAURAMENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	23/10/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/24/2023 17:01:06	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nuto O	
FECHA: 20-06-2023		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Adriana			**Apellidos:**	Sequeiramos		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	Y	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	52806873				**Expedido en:**	Bogota	
Fecha de Nacimiento:	14-09-1981				**N° Celular:**	3219526644	
Dirección de Residencia:	Vereda Yaguaros						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Tauramena	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Wilmer Arley			**Apellidos Deportista:**	Sequeiramon L.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1115912910				**Expedido en:**	Tauramena	
Fecha de Nacimiento:	16-06-2008				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Vereda Yaguaros						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patologia, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Adriana Leguizamon	Madre	3219526644
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Adriana Leguizamón	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Adriana Leguizamon	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116552358_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: RINCON PARRA____ Nombre: DIANA CAROLINA _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 20/08/1996_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CARRERA 10 No 16 – 35B_____

Teléfonos: ___ Celular: 3213855966_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __18__/08__/2010_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____53_____ Estatura: _1,50_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 50, 100 METROS CARRERA_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.552.358
RINCON PARRA
APELLIDOS
DIANA CAROLINA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1996
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-OCT-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116552358
NOMBRES	DIANA CAROLINA
APELLIDOS	RINCON PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	18/08/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 09:05:10	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIt. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nuño	
FECHA: 18-01-2023		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yidi			Apellidos:	Pava		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC		CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	1116554342			Expedido en:	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	24-06-1998			N° Celular:	3135284583		
Dirección de Residencia:	Cra 10 # 16-35						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre		Tutor	X	Curador / Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Diana Carolina			Apellidos Deportista:	Pinzon Pava
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	Registro Civil:	Otro, cuál?: CC.
N° de Documento:	1116552358			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	20-08-1996			N° Celular:	
Dirección de Residencia:	Cra 10 # 16-35				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005350020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yidi Parra	Hermana	3135284583
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005350020**, así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yidi Parra	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116552093_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: LIEVANO GOMEZ____ Nombre: LAURA DANIELA_____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 06/06/1996_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CALLE 15A No 22 - 85_____

Teléfonos: ___ Celular: 3223088915_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS_____ Fecha de Afiliación: __01__/02__/2020_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____59_____ Estatura: _1,58_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.552.093

LIEVANO GOMEZ
APELLIDOS

LAURA DANIELA
NOMBRES

LAURA Daniela
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1996
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

21-AGO-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4654000-00618737-F-1116552093-20140904 0039[illegible]197A 1 43192287

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116552093
NOMBRES	LAURA DANIELA
APELLIDOS	LIEVANO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/02/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 11:10:52	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Alfonso Nuño	
FECHA: 10-01-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Marliz Milena			**Apellidos:**	Lievano Gomez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	33647112				**Expedido en:**	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	09-oct-1985				**N° Celular:**	3223088915	
Dirección de Residencia:	Cra 15a #22-85						
Correo electrónico:	milenalievano@hotmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**		**Tutor**	X	**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Laura Daniela			**Apellidos Deportista:**	Lievano Gomez
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** C.C.
N° de Documento:	1116552093			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	06-06-1996			**N° Celular:**	3138354257
Dirección de Residencia:	Cra 15A # 22-85				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.165-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Marliz Milena Lievano	Hermana	3223088915
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Marliz Milena Lievano Gomez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 33646632_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: VEGA SANABRIA____ Nombre: JENNI LISEDT_____ _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 21/02/1983_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 16 No 11 - 47_____

Teléfonos: ___ Celular: 3118534625_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __01__/04__/2002__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__/_____

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,60_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 33646632

VEGA SANABRIA
APELLIDOS

JENNY LISEDT
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1983
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-FEB-2002 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	33646632
NOMBRES	JENNY LISEDT
APELLIDOS	VEGA SANABRIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/04/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:53:00	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE	NOMBRE: Milton Nuñez	
FECHA: 18-11-2022	GRUPO:	CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Dubi S.			**Apellidos:**	Sanabria Lesmes		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	24227728			**Expedido en:**	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	01/06/64			**N° Celular:**	3118534625		
Dirección de Residencia:	Cll 16 N-11-47						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre** X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Jeni Lized Vega			**Apellidos Deportista:**	Vega
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	33646632			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	21-02-1983			**N° Celular:**	3178534625
Dirección de Residencia:	Cll 16-11-47				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes Varios				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Rubi Sanabria	mamá	311 853 4625
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Rubi Sanabria	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Rubi Sanabria	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116548165_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: ROSAS PALACIOS____ Nombre: LADY CONSTANZA _____ _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 02/03/1992_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 10 No21 - 48_____

Teléfonos: ___ Celular: 3107977350_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __10__/04__/2009__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____65_____ Estatura: _1,50_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.548.165**

ROSAS PALACIOS

APELLIDOS

LADY CONSTANZA

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1992**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-NOV-2010 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



I-4604000-00285453-F:1116548165-20110325 0028284860A 1 36706253

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116548165
NOMBRES	LADY CONSTANZA
APELLIDOS	ROSAS PALACIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	10/04/2009	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 09:06:46	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844001145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilton Nuño	
FECHA: 18-11-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	María Elisa			Apellidos:	Palacios		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:	C.C	
N° de Documento:	24226273			Expedido en:	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	28-06-1959			N° Celular:	3107977350		
Dirección de Residencia:	Cra 10 #21-48						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Lady Constanza			Apellidos Deportista:	Rosas Palacios
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	Registro Civil:	Otro, cuál?: C.C.
N° de Documento:	1116548165			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	02-03-1992			N° Celular:	
Dirección de Residencia:	Cra 10 # 21-48				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Maria Elisa Palacios	Madre	3107997350
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	x	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Elisa Palacios	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Paraatletismo_____

Identificación: 1115910599_____Tipo: CC __TI_x_ CE__ De: TAURAMENA_____

Apellidos: MOSCOSO GUANEME____ Nombre: FRANSY SHIRLEY_____

Sexo: M __ F X__ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 24/01/2005_ Depto: CASANARE_____ M/pio: TAURAMENA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 __ 2 X_ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: TAURAMENA__ Dirección: VEREDA EL ACEITE_____

Teléfonos: ___ Celular: 3157999940_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: José María Córdoba_____ Tiempo _____

Termino Sí x_ No__

Titulo Obtenido: BACHILLER ACADEMICO_____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S____ Pantaloneta S____ Sudadera S_ __ Zapatos __37_____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____ Estatura: _____

Liga: _____ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR__

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100, 200, 400 METROS CARRERA _____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Final Nacional Juegos Intercolegiados 2021_____ Fecha: 3 AL 8 DE MAYO 2022_____.

Modalidad y/o prueba. __100, 200, metros carrera_____ Posición ocupada. 100 metros 2º lugar…. 200metros 2º lugar_____

Marca o tiempo ____100, __ 16:31 _____ 200, __ 34:07_____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia____alto_____Categoría. _____Juvenil _____

Nombre del evento: "1 CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS y 2º clasificatorio a VI Juegos Paranacionales Eje Cafetero 2023"

Fecha: _5 al 11 de diciembre 2022_____. Modalidad y/o prueba: 100, 200, 400, Metros Carrera Velocidad_____

Posición ocupada. _____Marca o tiempo: 100 __15,79_____200___32,55_____400_____1,20,26_____

No. de competidores con los que participó. __16_____Nivel de la competencia: Nacional____ Categoría. ____Única_____

Clasifico a VI Juegos Paranacionales 2023 en_____100, 200 __Metros Velocidad_____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.115.910.599
MOSCOSO GUANEME
APELLIDOS
FRANSY SIRLEY
NOMBRES

Fransy Guaneme
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-2005
TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-ENE-2023
FECHA DE VENCIMIENTO
22-JUN-2016 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
AB+
G.S. RH
F
SEXO
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4685000-00845813-F-1115910599-20160901 0050817065A 1 45354716

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1115910599
NOMBRES	FRANSY SIRLEY
APELLIDOS	MOSCOSO GUANEME
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	TAURAMENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	09/09/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2023 16:58:03	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguaneil	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Hilton Nuñez D.	
FECHA:	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Lidy Yohana			**Apellidos:**	Guaneme		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	/	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1115911682			**Expedido en:**	Tauramena		
Fecha de Nacimiento:	29-11-1988			**N° Celular:**	3112710156		
Dirección de Residencia:	Vereda Aceite Alto						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:				**Municipio Residencia:**			
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Fiansy Shiley			**Apellidos Deportista:**	Hoscoso Guaneme
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	/	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1115910599			**Expedido en:**	Tauramena
Fecha de Nacimiento:	24-01-2005			**N° Celular:**	3153999940
Dirección de Residencia:	Vereda Aceite Alto				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Tauramena
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Leydi Johana Moscoso	Madre	3112710156
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Leydi Johana Guanemc	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116552447_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: PARRA CARDENAS____ Nombre: ANDREA_____ _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 18/10/1996_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CALLE 2A No 2 - 14_____

Teléfonos: ___ Celular: 3224494512_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __16__/04__/2004_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____56_____ Estatura: _1,60_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100, METROS VELOCIDAD_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.116.552.447
PARRA CARDENAS
ANDREA
Andrea Parra C.


FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-1996
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-NOV-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116552447
NOMBRES	ANDREA
APELLIDOS	PARRA CARDENAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	16/04/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:55:07	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844001349-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Hilbert Niño Duran	
FECHA: 21-10-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Luz Hib Cardenas			Apellidos:	Cardenas		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	24228714			Expedido en:	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	10-02-1978			N° Celular:	3102683702		
Dirección de Residencia:	Cll 2A # 2-14						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre		Madre	X	Tutor		Curador	Ninguno

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, Imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de Imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Andrea			Apellidos Deportista:	Pallo Cardenas
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I		RC	Registro Civil:	Otro, cuál?: C C.
N° de Documento:	1116552447			Expedido en:	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	18-10-1996			N° Celular:	3224494512
Dirección de Residencia:	Calle 2A # 2-14				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.185-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Luz Mila Cardenas	Madre	3102683702
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Luz Mila Cardenas	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Luz Mila Cardenas	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 24228226_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: MANRIQUE LOPEZ____ Nombre: RUTH YOLANDA_____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 22/07/1974_ Depto.: BOYACA_____ M/pio: DUITAMA _____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CALLE 15A No 22 - 37_____

Teléfonos: ___ Celular: 3107610487_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __12__/06__/2001_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____55_____ Estatura: _1,48_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.228.226
MANRIQUE LOPEZ
APELLIDOS
RUTH YOLANDA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1974
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-OCT-1993 AQUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	24228226
NOMBRES	RUTH YOLANDA
APELLIDOS	MANRIQUE LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	12/06/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 10:47:41	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001349-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Hilton Nuño	
FECHA: 3-1-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	María Nuño				**Apellidos:**	Lopez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	23551029				**Expedido en:**	Quilama		
Fecha de Nacimiento:	27-05-1955				**N° Celular:**	3107610467		
Dirección de Residencia:	Cra 15A # 22-45							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Ruth Yobanda				**Apellidos Deportista:**	Henrique Lopez	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	C.C.
N° de Documento:	24228226				**Expedido en:**	Aguazul	
Fecha de Nacimiento:	22-07-1974				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Cra 15A # 22-45						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Maria Lucila Lopez	Madre	3107610487
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Mariaducila López	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Lucila Lopez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116549984_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: ROJAZ HERNANDEZ____ Nombre: CLAUDIA MILENA_____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 22/09/1994_ Depto.: CUNDINAMARCA_____ M/pio: QUETAME _____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CALLE 24A No 12A - 25_____

Teléfonos: ___ Celular: 3114553677_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS_____ Fecha de Afiliación: __01__/01__/2016_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____56_____ Estatura: _1,40_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


1.116.549.984
ROJAS HERNANDEZ
CLAUDIA MILENA
claudiaRojas


22-SEP-1994
QUETAME
(CUNDINAMARCA)
1.40
O+
F
10-OCT-2012 AGUAZUL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116549984
NOMBRES	CLAUDIA MILENA
APELLIDOS	ROJAS HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2023 18:14:09	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Milton Nuño	
FECHA: 10-01-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Ana Leonor			**Apellidos:**	Hernandez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	40379657			**Expedido en:**	Ubalá		
Fecha de Nacimiento:	18-11-1961			**N° Celular:**	3114553677		
Dirección de Residencia:	Cll 24A # 12A-25						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Claudia Milena			**Apellidos Deportista:**	Rojas Hernandez
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116549484			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	22-09-1994			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Cll 24A # 12A-25				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.000.109-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022006850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Ana Leonor Hernandez	Madre	3114553697
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022006850020**, así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Ana Leonor Hernandez dauja	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Ana Leonor Hernandez	

(si el deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116547335_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CUERVO PEDRAOS____ Nombre: SANDRA PATRICIA_____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 24/04/1989_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CARRERA 1B No 4-40_____

Teléfonos: ___ Celular: 3222123324_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __01__/06__/2002_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____55_____ Estatura: _1,48_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.547.335
CUERVO PEDRAOS
APELLIDOS
SANDRA PATRICIA
NOMBRES
sandra
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1989
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-DIC-2008 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116547335
NOMBRES	SANDRA PATRICIA
APELLIDOS	CUERVO PEDRAOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/06/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2023 19:26:30	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NO. 844-0075145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Hilton Nuñez	
FECHA: 13-01-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Andres Alberto			**Apellidos:**	Cueivo Arquetto		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	3270710				**Expedido en:**	Acacias	
Fecha de Nacimiento:	8-03-1944				**N° Celular:**	3222123324	
Dirección de Residencia:	Cra 13 # 4-40						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**	X	**Madre**		**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Sandra Patricia			**Apellidos Deportista:**	Cueivo Pedraos
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC
N° de Documento:	1116547335			**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	24-04-1989			**N° Celular:**	3221z3324
Dirección de Residencia:	Cra 18 # 4-40				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Deportes				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

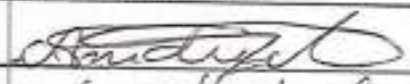
Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Andres Alberto Cuervo	Padre	322 212 3324
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Andres Alberto Cuervo	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116551659_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: DIAZ GUTIERREZ____ Nombre: LUZ MARY _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 10/07/1995_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: VILLANUEVA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 8 No 12 - 49_____

Teléfonos: ___ Celular: 3214458818_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __01__/07__/2013_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____57_____ Estatura: _1,43_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.551.659
DIAZ GUTIERREZ

APELLIDOS
LUZ MARY

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1995
VILLANUEVA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.43 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-MAR-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



P-4804000 00566702-F-1116551659-20140424 0028170670A 1 4534487

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116551659
NOMBRES	LUZ MARY
APELLIDOS	DIAZ GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/07/2023 10:18:22	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT 844.001.945-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Heltos Nieto	
FECHA: 22-12-2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yolanda			**Apellidos:**	Gutierrez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	47430003			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	14-06-1970			**N° Celular:**	3214458818		
Dirección de Residencia:	Calle 8 # 12-49						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Luz Mary			**Apellidos Deportista:**	Diaz Gutierrez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC	
N° de Documento:	1116551659			**Expedido en:**	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	10-07-1995			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Cll 8 # 12-49						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Actividad a desempeñar:	Deportes						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yolanda Gutierrez	Madre	
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Yolanda Gutierrez	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yolanda Gutierrez	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básico

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116547124_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CUERVO PEDRAOS____ Nombre: ZULMA YANETH _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 28/01/1991_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: YOPAL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL_____ Dirección: CARRERA 1B No 4-40_____

Teléfonos: ___ Celular: 3222123324_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __01__/06__/2002_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____54_____ Estatura: _1,45_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.547.124**
CUERVO PEDRAOS

APELLIDOS
ZULMA YANETH

NOMBRES

Zulma

FIRMA



F



FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1991**
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.41	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-SEP-2009 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-4604000-00309106-F-1116547124-20110617 0027252168A 1 98542636

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116547124
NOMBRES	ZULMA YANETH
APELLIDOS	CUERVO PEDRAOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/06/2002	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2023 19:29:45	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Hilton Nuño	
FECHA: 13-01-2023		**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Andres Alberto			**Apellidos:**	Acevo Arguello		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	3270710			**Expedido en:**	Acacias		
Fecha de Nacimiento:	8-03-1944			**N° Celular:**	322 212 3324		
Dirección de Residencia:	Cra 18 # 4-40						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**	X	**Madre**		**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Zulma Yaneth			**Apellidos Deportista:**	Acevo Pedraos		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**TI**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:** CC	
N° de Documento:	1116547124			**Expedido en:**	Aguazul		
Fecha de Nacimiento:	28-01-1991			**N° Celular:**	322 212 3324		
Dirección de Residencia:	Cra 18 # 4-40						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Actividad a desempeñar:							

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☐

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Andres Alberto Cuervo	Padre	3222123324
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalidad el presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación de:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Andres Alberto Cuervo	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Paraatletismo_____

Identificación: 1006556417_____Tipo: CC _x_TI__ CE__ De: TAURAMENA_____

Apellidos: HERNANDEZ CUBIDES____ Nombre: OSCAR JULIAN _____

Sexo: M _x_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 25/04/2003_ Depto: CASANARE_____ M/pio: YOPAL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 __ 2 X_ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: YOPAL__ Dirección: VEREDA PUENTE CUSIANA_____

Teléfonos: ___ Celular: 3154706059_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria X__ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: LA TURUA_____ Tiempo _____ Termino Sí_X_ No__

Titulo Obtenido: BACHILLER ACADEMICO_____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa M____ Pantaloneta M__ Sudadera M____ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____ Estatura: _____

Liga: _____ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR__

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 100, 200, 400_Metros Velocidad_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. **Final Nacional Juegos Supérate 2019**_____ Fecha: 12 AL 15 DE DICIEMBRE 2019_____.

Modalidad y/o prueba.100 y 200 metros carrera_____ Posición ocupada. 100 __2º lugar __200__2º lugar_____

Marca o tiempo: 100, _12:52 ____200,_____26:00_____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia __Nacional _____Categoría_____Juvenil. _____

Nombre del evento: **Final Juegos Intercolegiados Nacionales en Habilidades y/o Competencias Virtuales** _ Fecha: 2020__

Modalidad y/o prueba. EJERCICIOS_____ Posición ocupada: 1er LUGAR_____

Marca o tiempo: Medalla de Oro _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia _ Nacional_____ Categoría. _____ Juvenil_____

Nombre del evento**: Interligas Nacional de Sordos Clasificatorio a Juegos de Verano 2022**__ Fecha: 4 al 6/11/2021_____

Modalidad y/o prueba. _100 y 200 metros carrera_____ Posición ocupada.100__8º lugar_____200_6º lugar_____

Marca o tiempo: 100__12:52_____200___26:00_____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia___Nacional_____ Categoría. _____Única_____

Nombre del evento: "1 CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS y 2º clasificatorio a VI Juegos Paranacionales Eje Cafetero 2023"

Fecha: 5 al 11 de diciembre 2022_____. Modalidad y/o prueba. 100, 200, 400 metros velocidad_____

Posición ocupada. _____Marca o tiempo. 100___ 12,64_____ 200__26,39_____ 400_ 1,05,43_____

No. de competidores con los que participó. _22 _____Nivel de la competencia: Nacional ____ Categoría: _____Única_____

Clasifico a VI Juegos Paranacionales en 100 y 200 Metros Velocidad_____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.006.556.417
HERNANDEZ CUBIDES
APELLIDOS
OSCAR JULIAN
NOMBRES
Oscar Hernandez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-2003
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
23-JUN-2021 TAURAMENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-4685000-01253466-M-1006556417-20210901
0075A

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006556417
NOMBRES	OSCAR JULIAN
APELLIDOS	HERNANDEZ CUBIDES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S. -CM	CONTRIBUTIVO	15/12/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/27/2022 10:11:29	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 74753738_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: VANEGAZ ANAVE____ Nombre: JOSE ALBERTO_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) _ Casado(a) Separado(a) _X_ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 30/09/1978_ Depto.: ARAUCA_____ M/pio: TAME_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 16 No 21 - 05_____

Teléfonos: ___ Celular: 3203394735_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: NUEVAEPS _____ Fecha de Afiliación: __01__/07__/2013_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____68_____ Estatura: _1,81_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: LANZ. DE BALA Y DISCO _____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 74.753.738
VANEGAS ANAVE
APELLIDOS
JOSE ALBERTO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1978
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-JUL-1997 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	74753738
NOMBRES	JOSE ALBERTO
APELLIDOS	VANEGAS ANAVE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 13:17:17	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116550109_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: GARCIA PULIDO____ Nombre: OSCAR ANDRES_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 24/06/1994_ Depto.: CUNDINAMARCA_ M/pio: SAN JUAN DE RIO SECO_

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 9B No 31 - 32_____

Teléfonos: ___ Celular: 3105863320_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __15__/06__/2006_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,65_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.110.590.109
GARCIA PULIDO
CESAR ANDRES


FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1994
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
A+
M
14-NOV-2012 AGUAZUL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116550109
NOMBRES	OSCAR ANDRES
APELLIDOS	GARCIA PULIDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S. -CM	CONTRIBUTIVO	15/06/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/08/2023 14:06:17	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116542775_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: NIÑO PARADA____ Nombre: TED JONNATHAN_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 29/09/1986_ Depto.: HUILA_____ M/pio: NEIVA_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 23A No 18 - 79_____

Teléfonos: ___ Celular: 3123774604_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __16__/06__/2016_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____61_____ Estatura: _1,75_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.116.542.775
NIÑO PARADA
TED JONNATHAN
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1986
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
B-
M
11-ENE-2005 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-4804000-70150066-M-1116542775-20060808
05682

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116542775
NOMBRES	TED JONNATHAN
APELLIDOS	NIÑO PARADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	16/06/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:33:54	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116544000_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: CALDERON AGUILAR____ Nombre: YEISSON OCTAVIO_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 12/04/1988_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 18A No 12 - 55_____

Teléfonos: ___ Celular: 3143457002_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __13__/03__/2012_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____61_____ Estatura: _1,75_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: LAN. DE JABALINA, 1500 METROS CARRERA_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.544.000
CALDERON AGUILAR
APELLIDOS
YEISSON OCTAVIO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1988
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-JUN-2006 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
0259

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116544000
NOMBRES	YEISSON OCTAVIO
APELLIDOS	CALDERON AGUILAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	13/03/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:35:13	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116547303_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: PEREZ PEREZ____ Nombre: MANUEL ANTONIO_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 28/11/1991_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: DIAGONAL 23 No 16 - 63_____

Teléfonos: ___ Celular: 3227929412_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __29__/01__/2015_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,75_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.547.383
PEREZ PEREZ
APELLIDOS
MANUEL ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1991
AQUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
11-DIC-2009 AQUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116547303
NOMBRES	MANUEL ANTONIO
APELLIDOS	PEREZ PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	29/01/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:36:34	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 17590136_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: ARAUCA_____

Apellidos: RIOS RIAY____ Nombre: CARLOS EVELIO_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) _ Casado(a) X Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 15/02/1976_ Depto.: ARAUCA_____ M/pio: TAME_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 22A No 19 - 58_____

Teléfonos: ___ Celular: 3204414271_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __02__/11__/2008_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____60_____ Estatura: _1,66_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: LANZ. DE BALA Y JABALINA _____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.580.136
RIOS RIAY
APELLIDOS
CARLOS EVELIO
NOMBRES
Carlos Rios
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1976
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-JUN-1994 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	17590136
NOMBRES	CARLOS EVELIO
APELLIDOS	RIOS RIAY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	02/11/2008	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 13:45:01	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116551475_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: RODRIGUEZ PEREZ____ Nombre: CRISTIAN ALEXIS_____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 17/01/1996_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 24B No 12 - 37_____

Teléfonos: ___ Celular: 3133323645_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: SANITAS_____ Fecha de Afiliación: __17__/03__/2022_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____67_____ Estatura: _1,78_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.551.475
RODRIGUEZ PEREZ
APELLIDOS
CRISTIAN ALEXIS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1996
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
28-ENE-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116551475
NOMBRES	CRISTIAN ALEXIS
APELLIDOS	RODRIGUEZ PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	30/12/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/07/2023 13:02:22	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116542210_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: BERNAL MORENO____ Nombre: HEILER_____ _____

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 11/03/1986_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CALLE 6 No 14 - 38_____

Teléfonos: ___ Celular: 3115770682_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: SANITAS _____ Fecha de Afiliación: __17__/03__/2022_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____62_____ Estatura: _1,73_____

Liga: ___Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 5000, 10000, METROS CARRERA Y MEDIA MARATON_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2018__MILTON NIÑO DURAN_____

2019__MILTON NIÑO DURAN_____

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. **Abierto Nacional, Barranquilla Colombia 2018** _____ Fecha: 15 al 21 de octubre 2018____.

Modalidad y/o prueba. 10000 Metros carrera_____5000 Metros carrera_____1500 Metros carrera_____

Posición ocupada. 10000 Metros carrera _2do lugar___5000 Metros carrera__2do lugar___1500 Metros carrera___5to lugar_____

Marca o tiempo.10000 metros: 40, 41, 47_____5000 metros: 19,31,71_____1500 metros: 4,55,65_____

No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____ **Nacional** _____Única_____

Nombre del evento. **V Juegos Deportivos Paranacionales Bolívar 2019**_____ Fecha: 01 al 08 de diciembre de 2019_____

Modalidad y/o prueba: 10000 metros carrera__5000 metros carrera___ Media Maratón _____

Posición ocupada. 5.000___ 2do Lugar_____10.000___3er Lugar_____Media Maratón _____3er Lugar_____

Marca o tiempo. 5.000, ___ 16 m,45,83 _____10.000, __36 m,33,72 _____Media Maratón _____1h,28,40 _____

No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____ **V Juegos Deportivos Para-nacionales Bolívar 2019** _____ Única. ____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.542.210
BERNAL MORENO

HEILER


FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1986
AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 B- M
ESTATURA G.S. (RH) SEXO
12-MAY-2004 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116542210
NOMBRES	HEILER
APELLIDOS	BERNAL MORENO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	08/11/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/17/2022 08:27:34	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1006441901_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: VARGAZ RAMIREZ____ Nombre: MILDRED ALEXANDRA _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 19/01/2000_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: AGUAZUL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 24B No 12 - 37_____

Teléfonos: ___ Celular: 3138885596_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: SANITAS_____ Fecha de Afiliación: __17__/03__/2022_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____56_____ Estatura: _1,51_____

Liga: ___ Club: PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____




19-ENE-2000
AGUAZUL
(CASANARE)
1.51
A+
F

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006441901
NOMBRES	MILDRED ALEXANDRA
APELLIDOS	VARGAS RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/24/2023 17:05:03	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1002721767_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: SABANALARGA_____

Apellidos: MAECHA BOHORQUEZ____ Nombre: DEISY LILIANA _____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 06/10/1995_ Depto.: BOYACA_____ M/pio: PAEZ_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: CARRERA 24B No 12 - 37_____

Teléfonos: ___ Celular: 3122905490_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA_____ Fecha de Afiliación: __14__/10__/2011_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____57_____ Estatura: _1,60_____

Liga: ___ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.002.721.767
MAHECHA BOHORQUEZ

APELLIDOS

DEISY LILIANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1995
PAEZ
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-OCT-2013 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P 0000000-20621353 A 1002721767 01 11 M 000

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1002721767
NOMBRES	DEISY LILIANA
APELLIDOS	MAHECHA BOHORQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SABANALARGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	14/10/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/07/2023 13:14:24	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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.



Datos Básicos

Deporte: PARAATLETISMO_____

Identificación: 1116549509_____Tipo: CC _X_TI__ CE__ De: AGUAZUL_____

Apellidos: MIRANDA BUSTOS____ Nombre: TATIANA_____

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) _ Casado(a) X Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 29/03/1994_ Depto.: SANTANDER_ M/pio: SABANA DE TORRES_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 _X_ 2 _ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: AGUAZUL__ Dirección: BLOQUE 16 AP. 101 CIU. LA ESPERANZA_

Teléfonos: ___ Celular: 3208294188_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__/_____

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: __12__/06__/2001_____

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/_/_____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__/_____

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____54_____ Estatura: _1,50_____

Liga: _____ Club: __PROGRAMA DEPORTIVO DE DISCAPACIDAD_____

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: ENTRENAMIENTO_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2020__MILTON NIÑO DURAN_____

2021__MILTON NIÑO DURAN_____

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

2023__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.540.509
MIRANDA BUSTOS
APELLIDOS
TATIANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAR-1994
SABANA DE TORRES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-ABR-2013 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1116549509
NOMBRES	TATIANA
APELLIDOS	MIRANDA BUSTOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	12/06/2001	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/08/2023 14:17:26	**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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Paraatletismo_____

Identificación: 1029641024_____Tipo: CC __TI_x_ CE__ De: Yopal_____

Apellidos: FIGUEREDO URBANO____ Nombre: MARIA YOLANDA _____

Sexo: M __ F X__ Estado Civil: Soltero(a) X_ Casado(a) Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 12/02/2005_ Depto.: CASANARE_____ M/pio: YOPAL_____

Nacionalidad: COLOMBIANA _____ Estrato Social: 1 __ 2 X_ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: YOPAL__ Dirección: Calle 61 - 2 oeste 364 Llano grande_____

Teléfonos: ___ Celular: 3209847149_____ E-mail_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X__ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Sí__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: CAPRESOCA _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____ Estatura: _____

Liga: _____ Club: DEPORTIVO CON LIMITACION AUDITIVA DE AGUAZUL SENTIR__

Categoría: UNICA_____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: 10, 200, 400 METROS CARRERA_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2022__MILTON NIÑO DURAN_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. "1 CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS y 2º clasificatorio a VI Juegos Paranacionales Eje Cafetero 2023"

Fecha: 5 al 11 de diciembre 2022_____Modalidad y/o prueba: 100, 200, 400 metros carrera velocidad_____

Posición ocupada. 100 metros _____Marca o tiempo. 100 __15, 72 _____200__32,92_____400___1,24,01_____

No. de competidores con los que participó: 16_____Nivel de la competencia: _____Nacional_____

Categoría: _____Única_____Clasifico a VI Juegos Paranacionales 2023 en 100 y 200 metros velocidad_____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029641024
NOMBRES	MARIA YOLANDA
APELLIDOS	FIGUEREDO URBANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	25/07/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/27/2022 14:29:31	**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

4


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.
FIGUEREDO
APELLIDOS
MARIA YOLANDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA NACIMIENTO 12-FEB-2003
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-FEB-2019
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
F
30-MAR-2019 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

HORARIO 2023

Gobernación de Casanare

Es el Tiempo de Casanare

DEPORTE	ENTRENADOR	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
PARAATLETISMO Y OTROS DEPORTES ADAPTADOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	MILTON NIÑO DURAN	**Hora:** 07 A 10 AM **Categoria:** UNICA **Edades:** 8 AÑOS EN ADELANTE **Lugar:**CANCHAS CUBIERTAS POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	**Hora:** 07 A 10 AM **Categoria:** UNICA **Edades:** 8 AÑOS EN ADELANTE **Lugar:**CANCHAS CUBIERTAS POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 07 A 10 AM Categoria: UNICA Edades: 8 AÑOS EN ADELANTE Lugar:CANCHAS CUBIERTAS POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 07 A 10 AM Categoria: UNICA Edades: 8 AÑOS EN ADELANTE Lugar:CANCHAS CUBIERTAS POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 07 A 10 AM Categoria: UNICA Edades: 8 AÑOS EN ADELANTE Lugar:CANCHAS CUBIERTAS POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.		
		Hora: 04 A 07 PM Categoria:UNICA Edades: 12 AÑOS EN ADELANTE Lugar: PISTA ATLETICA POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 04 A 07 PM Categoria:UNICA Edades: 12 AÑOS EN ADELANTE Lugar: PISTA ATLETICA POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 04 A 07 PM Categoria:UNICA Edades: 12 AÑOS EN ADELANTE Lugar: PISTA ATLETICA POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 04 A 07 PM Categoria:UNICA Edades: 12 AÑOS EN ADELANTE Lugar: PISTA ATLETICA POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.	Hora: 04 A 07 PM Categoria:UNICA Edades: 12 AÑOS EN ADELANTE Lugar: PISTA ATLETICA POLIDEPORTIVO LA VILLA DE AGUAZUL IDRA.		

FIRMA:

ENTRENADOR: ~~MILTON NIÑO~~

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

REGISTRO FOTOGRAFICO
FO-A-GCC-18
24-09-2018
Version 02

DEPARTAMENTO	CASANARE			MUNICIPIO(S)	AGUAZUL		
NOMBRES Y APELLIDOS	MILTON NIÑO DURAN			No. CÉDULA	4.153.189		
No. CONTRATO	210			FECHA INICIO DE CONTRATO	18/10/2022	PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses
PERIODO DEL INFORME	18/12/2022 A 17/01/2023	INFORME	3 DE 8	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	18/01/2023		
DATOS CONTACTO	TELEFONO CELULAR	**3138066286**		CORREO ELECTRONICO	aguazulfides@gmail.com		

REGISTRO FOTOGRÁFICO



ACCION	TRBAJO PERSONALIZADO CON DEPORTISTAS DE BAJO NIVEL DE CAPACIDAD DEPORTIVA POR SU COMPLEJIDAD DE SU DISCAPACIDAD Y QUE HASTA AHORA SUEVOLUCION ES MUY POCA PERO QUE VAN PROGRESANDO RELATIVAMENTE.	**FECHA**	**20/12/2022**



ACCION	SE REALIZA ESPORADICAMENTE EL TEST DE FLEXIBILIDAD COMO COMPLEMENTO A LOS ENTRENAMIEENTOS Y PARA PODER SABER DE SU ESTADO DEPORTIVO, MEDIR SU AMPLITUD DE MOVIMIENTO Y LA ELONGACION DE SUS MUSCULOS DE SU PARTE POSTERIOR Y ESPALDA.	**FECHA**	**23/12/2022**



ACCION	EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO COMO COMPLEMENTO DESPUES DE DESARROLLAR SU FASE CENTRAL DEL TRABAJO REALIZADO PARA CONSIENTIZAR Y REPETIR A LOS DEPORTISTS DE LA NESECIDAD DEL ESTIRAMIENTO Y LA VUELTA A LA CALMA , ES REPITITIVO PARA SU APRENDIZAJE.	**FECHA**	**21/12/2022**



ACCION	REUNION EN EL MUNICIPIO DE MANI CASANARE, CON DIRIGENTES Y PADRES INTERSADOS EN LA EVOLUCION DEL DEPORTE EN SU MUNICIPIO ACOMPAÑADOS POR LA CONSEJAL LEIDY CARDONA, DONDE REALICÉ UN DIAGNOSTICO DEL DEPORTE ADAPTADO Y SUS OBJETIVOS , ACORDANDO PROXIMAMENTE NUEVA REUNION.	**FECHA**	24/12/2022

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

REGISTRO FOTOGRAFICO
FO-A-GCC-18
24-09-2018
Version 02



ACCION	DESPUES DE EL FIN DE AÑO INICIAMOS NUEVAMENTE CON LOS DEPORTISTAS MAS COMPROMETIDOS EN SU ENTRENAMIENTO Y TRABAJO HACIA SU DESARROLLO DEPORTIVO, SE REALIZO TRABAJOS DE COORDINACION, REPETICIONES CORTAS , VELOCIDAD.	**FECHA**	3/01/2023



ACCION	DEPORTISTA REALIZANDO TRABAJO DE RESISTENCIA, MANEJO AEROBICO DE RESPIRACION, COORDINACION, MANTENIMIENTO DE RITMO.	**FECHA**	**6/01/2023**



ACCION	SE REALIZA ENTRENAMIENTO GEENERAL PERO TAMBIEN SE REALIZAN TEST PARA SABER Y PODER EVALUAR SU RENDIMIENTO, ESTA VES SE REALIZA TEST DE NAVETTE PARA EVALUAR SU CAPACIDAD DE RESISTENCIA .	**FECHA**	**10/01/2023**



ACCION	SE TRABAJA SU DESARROLLO DEPORTIVO DESPUES DE REALIZAR SU CALENTAMIENTO,SE REAALIZA UNA SERIE DE EJERCICIOS COORDINATIVOS EN BUSCA DE APRENDIZAJE PARA SU REALIZACION DE CADA MODAALIDADA REALIZAR.	**FECHA**	4/01/2023



ACCION	SE REALIZA SIEMPRE SU CALENTMIENTO COMO FASE INICIAL, Y LUEGO A SU TRABAJO CENTRAL S EREALIZA REPETICIONES CORTAS EN VELOCIDAD, ASIMILANDO Y CORRIGIENDO SU COORDINACION EN VELOCIDAD Y MANTENIMIENTO EN SU CARRIL.	**FECHA**	**9/01/2023**



ACCION	SE TRABAJA DIARIAMENTE MANEJANDO EL METODO DE REPETITIVO EN BUSCA D E MEJORAR SU FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y LA RETENCION DE LOS EJECICIOS ENSEÑADOS , COORDINACION Y DESPLAAZAMIENTO EN VELOCIDAD.	**FECHA**	11/01/2023

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

REGISTRO FOTOGRAFICO
FO-A-GCC-18
24-09-2018
Version 02



ACCION	SE CONTINUA CON EL ENTRENAMIENTO DEPORTIVO Y EJECUCION DE NUESTRO PLAN DE ENTRENAMIENTO, EN BUSCA DE MEJORAR SUS CAPACIDADES , HABILIDADES DEPORTIVAS SIN IMPORTAR LA COMPLEJIDAD DE SU DISCAPACIDAD.	**FECHA**	12/01/2023



ACCION	REUNION EN EL CORREGIMIENTO PASO CUSIANA (TAURAMENA) CON ALGUNOS PADRES DE FAMILIA INTERSADOS EN LA CONTINUACION DE L DEPORTE ADAPTADO EN SUS HIJOS CON EL OBJETIVO DE SEGUIR ADELANTE CON ESTE PROCESO DEPORTIVO.	**FECHA**	**13/01/2023**



ACCION	DEPORTISTA OSCAR J. HERNANDEZ TRABAJO COORDINADO VIA CELULAR, EN LA VEREDA PUENTE CUSIANA MUY COMPROMETIDO EN SUS ENTRENAMIENTOS, Y DEPORTISTA FRANSY MOSCOSO DE TAURAMENA CON APOYO ESPORADICO PERO MUY COMPROMETIDA.	**FECHA**	**16/01/2023**



ACCION	TRABAJO INTEGRADO CON NIÑOS Y JOVENES QUE SU DESEO ES APRENDER Y POR TAL MOTIVO SE INCLUYEN EN LOS EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO PERO PARA SU TRABAJO CENTRAL SE DIVIDE EL GRUPO PARA REALIZAR SU TRABAJO. SEGÚN SU CAPACIDAD DEPORTIVA.	**FECHA**	13/01/2023



ACCION	TRBAJO DE REACCION DE VELOCIDAD , EJERCICIO QUE SE REALIZA CON EL OBJETIVO DE MEJORAR SU CAPACIDAD DE RECEPCION DEL SILVATO EN EL MOMENTO DE LA SALIDA Y PUEDAN MEJORAR SU REACCION DE SALIDAS .	**FECHA**	**16/01/2023**



ACCION	SE REALIZA ENTRENAMIENTOS DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ENTRENAMIENTO, Y TAMBIEN SE REALIZAN TEST DE EVAUACION DE SU DESARROLLO DEPORTIVO ESTA VEZ TEST DE VELOCIDAD DE 40 METROS DONDE SE MIDE SU DESARROLLO DEPORTIVO.	**FECHA**	17/011/2023

EL SUSCRITO CONTRATISTA

MILTON NIÑO DURAN

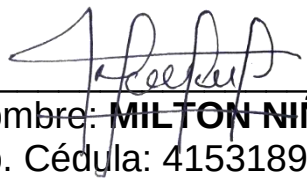
CERTIFICA QUE

Es de total veracidad, confiabilidad y responsabilidad absoluta, que toda la información presentada en el desarrollo y ejecución de las actividades suscritas dentro del contrato No. 0210 de 2022 cuyo objeto es " PRESTAR LOS SERVVICIOS DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTBLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACION AL DEPORTE, LA RECREACION Y LA ACTIVIDAD FISICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE."BPIN 2022005850020.", para el proceso de verificación como son: informe de actividades, panillas de asistencia, participaciones en eventos, registros fotográficos y demás formatos establecidos por el INDERCAS, durante el periodo de labores 18 de diciembre del 2022 a 17 de enero del 2023 son legítimas y tomadas durante la ejecución.

Con la firma de la presente certificación acepto y doy fe de la veracidad de la información y me acuso a las implicaciones legales que tienen la falsedad de información.

Se expide en el municipio de aguazul, a los veintidós (22) días del mes de febrero del 2023.

Firma:



Nombre: **MILTON NIÑO DURAN**
No. Cédula: 4153189
No. Contacto: 3138066286
Correo electrónico: **aguazulfides@gmail.com**
Contratista

CERTIFICADO DE DEDUCCIONES
FO-A-GFI-02
31/07/2019
Versión 01

Aguazul 18 de enero 2023
Señores
INDERCAS
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, MILTTON NIÑO DURAN identificado con Cédula de Ciudadanía número 4153189 de Hato Corozal Casanare teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE**:

- Mis ingresos percibidos por el INDERCAS en el año 2022 - 2023, corresponden a la prestación de servicios por honorarios, en el que contraté o vinculé por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad. **SI** ☐ **NO X**

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 18 de diciembre 2022 y el 17 de enero 2023, de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2022 - 2023 (Hasta 100 UVT mensuales). *Art 387 ET-DR 4713/05*	$ 0,00
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales). *Art 387 ET*	$ 0,00

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende (n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales *Art 387 ET*.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	APELLIDO 1	APELLIDO 2	PARENTESCO	EDAD
55159625	ENID	PARADA	RODRIGUEZ	ESPOSA	56
1116542775	TED JONNATHAN	NIÑO	PARADA	HIJO PcD	36

El pago de aportes de la seguridad social correspondiente al periodo de cobro del cual anexo soporte, fue por:

DESCRIPCIÓN	VALOR
1. Aportes obligatorios a Pensión. (Art. 55 Estatuto Tributario)	$ 0,00
2. Aportes obligatorios a salud. (Art. 56 Estatuto Tributario)	$ 133.200,00

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales.

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	$ 0,00
Aportes en cuentas AFC	$ 0,00

Finalmente informo que las actividades desarrollas dentro contrato No. 0210 de fecha 07 de octubre 2022, fueron ejecutadas en el municipio de aguazul del Departamento de Casanare, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que puede modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

MILTON NIÑO DURAN
C.C. 4153189 de Hato Corozal Casanare

CERTIFICADO DECRETO 1070
FO-A-GFI-08
27/04/2020
Versión 02

aguazul, 18 de enero 2023

Empresa INDERCAS

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN

Yo MILTON NIÑO DURAN identificado con cédula de ciudadanía No. 4153189 expedida en Hato Corozal - Casanare para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013 y su modificación a través del decreto 3032 de 2013, certifico lo siguiente:

- Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: SI (X) NO ( )

- Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: SI (X) NO ( )

- Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: SI ( ) NO (X)

- Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los mil cuatrocientas (1.400) UVT. SI ( ) NO (X)

- En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. SI ( ) NO (X)

- Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. SI ( ) NO (X)

Cordialmente

MILTON NIÑO DURAN
C.C. 4153189 de Hato Corozal Casanare.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4153189		NIÑO DURAN MILTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 A N 18 75	AGUAZUL-CASANARE	6384242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1856846170	9445339895	N	2023/01/23	2023/01/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$2,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	4153189	NIÑO MILTON		0	$0	$0	EPS037	30	($1,050,000)	($131,300)		0	$0	$0	14-23	30	($1,050,000)	($25,600)	0	$0	$0
2	CC	4153189	NIÑO MILTON		0	$0	$0	EPS037	30	$1,065,320	$133,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,065,320	$26,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$0**	**$0**			**$15,320**	**$1,900**			**$0**	**$0**			**$15,320**	**$400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$0	$0	$400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$400	$0	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$0	$0	$1,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,900	$0	$0	$1,900
TOTAL				1	$2,300	$0	$0	$2,300

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4153189		NIÑO DURAN MILTON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 A N 18 75	AGUAZUL-CASANARE	6384242	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	9443969873	9443969873	I	2023/01/15	2022/12/16	BANCO BOGOTA	0	$156,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	4153189	NIÑO MILTON		0	$0	$0	EPS037	30	$1,050,000	$131,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,050,000	$25,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,050,000	$131,300			$0	$0			$1,050,000	$25,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,600	$0	$0	$25,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,600	$0	$0	$25,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,300	$0	$0	$131,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$131,300	$0	$0	$131,300
TOTAL				**1**	**$156,900**	**$0**	**$0**	**$156,900**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO
RADICADO No. 2019_721839

SUB 149551
11 JUN 2019

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRÁMITE DI
ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA
(VEJEZ- ORDINARIA)

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el señor **NIÑO DURAN MILTON,** identificado con CC No. 4,153,189, solicita el 18 de enero de 2019 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2019_721839.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que el peticionario ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
1 EJERCITO NACIONAL	19770808	19790730	TIEMPO SERVICIO	713
SERVCOM LTDA	19870414	19871231	TIEMPO SERVICIO	262
SERVCOM LTDA	19880101	19881231	TIEMPO SERVICIO	366
SERVCOM LTDA	19890101	19890224	TIEMPO SERVICIO	55
SIN NOMBRE NP 8013700126	19890817	19900214	TIEMPO SERVICIO	182
SIN NOMBRE NP 8013700126	19900412	19900418	TIEMPO SERVICIO	7
INT. ISIDRO HERNANDEZ Y CIA	19901018	19901114	TIEMPO SERVICIO	28
INT. ISIDRO HERNANDEZ Y CIA	19910221	19910516	TIEMPO SERVICIO	85
ARWIDE LTDA.	19910904	19911121	TIEMPO SERVICIO	79
CROWN SERVICE LTD	19920611	19921031	TIEMPO SERVICIO	143
CROWN SERVICE LTD	19921101	19930131	TIEMPO SERVICIO	92
CROWN SERVICE LTD	19930201	19930731	TIEMPO SERVICIO	181
CROWN SERVICE LTD	19930801	19940101	TIEMPO SERVICIO	154
1 CROWN SERVICE LTDA	19940201	19940430	TIEMPO SERVICIO	89
1 CROWN SERVICE LTDA	19940501	19940531	TIEMPO SERVICIO	31
1 CROWN SERVICE LTDA	19940601	19940630	TIEMPO SERVICIO	30
1 CROWN SERVICE LTDA	19940701	19940731	TIEMPO SERVICIO	31
1 CROWN SERVICE LTDA	19940801	19940831	TIEMPO SERVICIO	31
1 CROWN SERVICE LTDA	19940901	19940930	TIEMPO SERVICIO	30
1 CROWN SERVICE LTDA	19941001	19941031	TIEMPO SERVICIO	31
2 1 SUTRABAJO LTDA	19941003	19941101	TIEMPO SERVICIO	30
1 CROWN SERVICE LTDA	19941101	19941130	TIEMPO SERVICIO	30
1 CROWN SERVICE LTDA	19941201	19941231	TIEMPO SERVICIO	31
CROWN SERVICE LTDA	19950101	19950131	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950201	19950228	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950301	19950331	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950401	19950430	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950501	19950531	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950601	19950630	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19950701	19950715	TIEMPO SERVICIO	15
CROWN SERVICE LTDA	19950801	19950816	TIEMPO SERVICIO	16
CROWN SERVICE LTDA	19950901	19950930	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19951001	19951015	TIEMPO SERVICIO	15
CROWN SERVICE LTDA	19951101	19951130	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19951201	19951231	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19960101	19960131	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19960201	19960216	TIEMPO SERVICIO	16
CROWN SERVICE LTDA	19960301	19960316	TIEMPO SERVICIO	16
CROWN SERVICE LTDA	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30

Escaneado con CamScanner

CROWN SERVICE LTDA	19960501	19960531	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19960601	19960617	TIEMPO SERVICIO	17
CROWN SERVICE LTDA	19960701	19960731	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19960801	19960818	TIEMPO SERVICIO	18
CROWN SERVICE LTDA	19960901	19960930	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19961001	19961018	TIEMPO SERVICIO	18
CROWN SERVICE LTDA	19961101	19961130	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19961201	19961231	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970101	19970131	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970201	19970228	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970301	19970331	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970401	19970430	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970501	19970531	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970601	19970630	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970701	19970731	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970801	19970831	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19970901	19970930	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19971001	19971031	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19971101	19971130	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19971201	19971231	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980101	19980131	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980201	19980228	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980301	19980331	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980401	19980430	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980501	19980531	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980601	19980630	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980701	19980731	TIEMPO SERVICIO	30
CROWN SERVICE LTDA	19980801	19980828	TIEMPO SERVICIO	28
DUFLO LTDA	19980801	19980805	TIEMPO SERVICIO	5
DUFLO LTDA	19980901	19980930	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19981001	19981031	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19981101	19981130	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19981201	19981231	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990101	19990131	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990201	19990228	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990301	19990331	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990401	19990430	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990501	19990531	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990601	19990630	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990701	19990731	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990801	19990831	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19990901	19990930	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19991001	19991031	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19991101	19991130	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	19991201	19991231	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000101	20000131	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000201	20000229	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000301	20000331	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000401	20000430	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000501	20000531	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000601	20000630	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000701	20000731	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000801	20000831	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20000901	20000930	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20001001	20001031	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20001101	20001130	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20001201	20001231	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010101	20010131	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010201	20010228	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010301	20010331	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010401	20010430	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010501	20010531	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010601	20010630	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010701	20010731	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010801	20010831	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20010901	20011004	TIEMPO SERVICIO	34
DUFLO LTDA	20011101	20011130	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20011201	20011202	TIEMPO SERVICIO	2
DUFLO LTDA	20020101	20020114	TIEMPO SERVICIO	14
DUFLO LTDA	20020201	20020204	TIEMPO SERVICIO	4
DUFLO LTDA	20020601	20020630	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20020701	20020731	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20020801	20020831	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20020901	20020926	TIEMPO SERVICIO	26
DUFLO LTDA	20030301	20030331	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20030401	20030430	TIEMPO SERVICIO	30
DUFLO LTDA	20030501	20030531	TIEMPO SERVICIO	30

Escaneado con CamScanner

DUFLO LTDA	20030601	20030611	TIEMPO SERVICIO	11
NI?O DURAN MILTON	20040601	20041130	TIEMPO SERVICIO	180
NI?O DURAN MILTON	20050801	20051031	TIEMPO SERVICIO	90
NI?O DURAN MILTON	20051101	20051130	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20051201	20051231	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20060101	20060331	TIEMPO SERVICIO	90
ACCIONAR CTA	20060401	20060429	TIEMPO SERVICIO	29
ACCIONAR CTA	20060501	20060529	TIEMPO SERVICIO	29
ACCIONAR CTA	20060601	20060629	TIEMPO SERVICIO	29
ACCIONAR CTA	20060701	20060729	TIEMPO SERVICIO	29
ACCIONAR CTA	20060801	20061231	TIEMPO SERVICIO	150
ACCIONAR CTA	20070101	20070111	TIEMPO SERVICIO	11
NI?O DURAN MILTON	20070401	20070430	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20070601	20071231	TIEMPO SERVICIO	210
NI?O DURAN MILTON	20080301	20080430	TIEMPO SERVICIO	60
NI?O DURAN MILTON	20080701	20080930	TIEMPO SERVICIO	90
NI?O DURAN MILTON	20081001	20081217	TIEMPO SERVICIO	77
NI?O DURAN MILTON	20090601	20091231	TIEMPO SERVICIO	210
NI?O DURAN MILTON	20100101	20100630	TIEMPO SERVICIO	180
NI?O DURAN MILTON	20100801	20101231	TIEMPO SERVICIO	150
NI?O DURAN MILTON	20110101	20110129	TIEMPO SERVICIO	29
NI?O DURAN MILTON	20110201	20110731	TIEMPO SERVICIO	180
NI?O DURAN MILTON	20110801	20111231	TIEMPO SERVICIO	150
NI?O DURAN MILTON	20120201	20120531	TIEMPO SERVICIO	120
NI?O DURAN MILTON	20120701	20120831	TIEMPO SERVICIO	60
NI?O DURAN MILTON	20121201	20121231	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20130201	20130331	TIEMPO SERVICIO	60
NI?O DURAN MILTON	20130401	20130413	TIEMPO SERVICIO	13
NI?O DURAN MILTON	20130501	20130531	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20130601	20130630	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20130801	20130831	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20130901	20131231	TIEMPO SERVICIO	120
NI?O DURAN MILTON	20140101	20140122	TIEMPO SERVICIO	22
NI?O DURAN MILTON	20140201	20140630	TIEMPO SERVICIO	150
NI?O DURAN MILTON	20140801	20141231	TIEMPO SERVICIO	150
FUNDEC SPORT	20141001	20141001	TIEMPO SERVICIO	1
NI?O DURAN MILTON	20150201	20151231	TIEMPO SERVICIO	330
NI?O DURAN MILTON	20160301	20161231	TIEMPO SERVICIO	300
NI?O DURAN MILTON	20170301	20171231	TIEMPO SERVICIO	300
DISTRISALI S.A.S	20170701	20170705	TIEMPO SERVICIO	5
NI?O DURAN MILTON	20180101	20180131	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20180201	20180228	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20180301	20180731	TIEMPO SERVICIO	150
NI?O DURAN MILTON	20180801	20181130	TIEMPO SERVICIO	120
NI?O DURAN MILTON	20181201	20181231	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20190101	20190131	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20190301	20190331	TIEMPO SERVICIO	30
NI?O DURAN MILTON	20190401	20190531	TIEMPO SERVICIO	60

Que revisada la historia laboral como los documentos anexos (Formatos de certificación laboral) se evidencio las siguientes cotizaciones con otra caja, fondo o entidad a la cual se realizaron los aportes.

FECHA INICIAL	FECHA FINAL	EMPLEADOR
08/08/1977	30/07/1979	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Que se debe traer a colación el concepto BZ_2015_1843232 de fecha 03 de marzo de 2015, emitida por Colpensiones, sobre el cómputo de días antes y después de 1994, donde se establece lo siguiente:

*"(...)III. **Cómputo de días para servidores públicos** Tal y como se evidenció en precedencia, el cómputo de días a partir del año de 1967 hasta el año 1994 implementado por el ISS, tenía aplicación única y exclusivamente para reconocer las prestaciones económicas previstas en el régimen pensional administrado por dicho Instituto. Para los servidores públicos no afiliados al ISS, el tratamiento dado al cómputo de los días fue definido por el Consejo de Estado en sentencia de 10 de noviembre de 1982, a*

Escaneado con CamScanner

A partir del 1 de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará, así:

AÑO	SEMANAS	EDAD HOMBRE	EDAD MUJER
2005	1050	60	55
2006	1075	60	55
2007	1100	60	55
2008	1125	60	55
2009	1150	60	55
2010	1175	60	55
2011	1200	60	55
2012	1225	60	55
2013	1250	60	55
2014	1275	62	57
2015	1300	62	57

Que para obtener el ingreso base de liquidación de la presente prestación, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 21 de la ley 100 de 1993; el cual establece: "Se entiende por ingreso base para liquidar las pensiones previstas en esta ley, el promedio de los salarios o rentas sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez (10) años anteriores al reconocimiento de la pensión, o en todo el tiempo si este fuere inferior para el caso de las pensiones de invalidez o sobrevivencia, actualizados anualmente con base en la variación del Índice de Precios al consumidor, según certificación que expida el DANE.

Cuando el promedio del ingreso base, ajustado por inflación, calculado sobre los ingresos de toda la vida laboral del trabajador, resulte superior al previsto en el inciso anterior, el trabajador podrá optar por este sistema, siempre y cuando haya cotizado 1250 semanas como mínimo".

Que igualmente el monto de la presente prestación, se define de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 797 de 2003, por el cual se modifica el artículo 34 de la Ley 100 de 1993, en los siguientes términos: "... A partir del 1 de enero del año 2004 se aplicarán las siguientes reglas:

El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados. Dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente:

r = 65.50 - 0.50 s, donde:
r =porcentaje del ingreso de liquidación.
s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes.

A partir del 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas, el porcentaje se incrementará en un 1.5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70.5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida en el presente artículo.

Escaneado con CamScanner

El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima".

Que para obtener el ingreso base de cotización de la presente prestación, se toman los factores salariales establecidos en los artículos 18 y 19 de la Ley 100 de 1993 y artículo 1 del Decreto 1158 del 3 de junio de 1994, según el caso.

Que los artículos 13 y 35 del Acuerdo 049 de 1990 aprobado por el Decreto 758 del mismo año, establecen que la pensión se reconocerá reunidos los requisitos mínimos y será necesaria su desafiliación al régimen para que se pueda disfrutar de la misma; para su liquidación se tendrá en cuenta hasta la última semana efectivamente cotizada.

Que a partir de lo anteriormente enunciado se procedió a realizar la liquidación de la prestación reconocida, la cual se resume de la siguiente manera:

IBL: 1,114,728 x 66.33 = $739,399

SON: SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.

La pensión aquí reconocida se ajustara de conformidad con las reglas aplicables al valor mínimo o máximo de la pensión, según corresponda, vigente para la fecha de efectividad, por la cual la suma a reconocer será de 828,116 (OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE).

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el (la) peticionario (a) cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna "Aceptada Sistema":

Nombre	Fecha Status	Fecha Efectividad	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual	Aceptada
1050 semanas progresivas, 55 o 60 años de edad Ley 797 del 2003- Legal	15 de enero de 2019	1 de junio de 2019	796,792.00	1,114,728.00	2	66.33	828,116.00	SI

Remitir el presente acto administrativo a la GERENCIA DE FINANCIAMIENTO E INVERSIONES – DIRECCION DE CONTRIBUCIONES PENSIONALES Y EGRESOS para lo de su competencia:

ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA	%
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	713	$61,769.00	7.46
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	8846	$766,347.00	92.54

Que de conformidad con Circular Interna No. 24 de 2018 expedida por la Oficina Asesora de Asuntos Legales y mediante la cual se modifica el numeral 1.6.5 de la Circular Interna No. 01 de 2012, para efectos de establecer la fecha de disfrute de la pensión de vejez se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

Escaneado con CamScanner

"(...)d. Si el afiliado es independiente y se encuentra retirado o deja de cotizar después de cumplir los requisitos, la prestación se reconocerá a partir del día siguiente a la fecha de retiro o de la última cotización.(...)".

El disfrute de la presente pensión será a partir de 1 de junio de 2019 en atención a que se evidencia su última cotización 31/05/2019 como independiente, razón por la cual se reconoce al día siguiente de su ultima cotización.

Son disposiciones aplicables: Ley 100/93, ley 797/03 y C.P.AC.A.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una pensión de VEJEZ a favor del (la) señor(a) **NIÑO DURAN MILTON**, ya identificado(a), en los siguientes términos y cuantías:

Valor mesada a 1 de junio de 2019 = $828,116

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	VALOR
Mesadas	828,116.00
Descuentos en Salud	99,400.00
Valor a Pagar	728,716.00

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 201907 que se paga en el periodo 201908 en la central de pagos del banco BOGOTA C. P. 1ERA QUINCENA de AGUAZUL CL 9 17 20 OF.

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en NUEVA EPS S.A..

ARTÍCULO CUARTO: Remitir el presente acto administrativo a la GERENCIA DE FINANCIAMIENTO E INVERSIONES – DIRECCION DE CONTRIBUCIONES PENSIONALES Y EGRESOS para lo de su competencia:

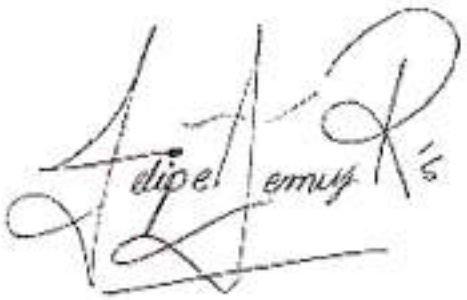
ENTIDAD	DÍAS	VALOR CUOTA	%
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	713	$61,769.00	7.46
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	8846	$766,347.00	92.54

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al (la) Señor (a) **NI?O DURAN MILTON** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Escaneado con CamScanner

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



FELIPE ARTURO LEMUS RAMOS
SUBDIRECTOR DE DETERMINACION I
COLPENSIONES

ADRIANA MARITZA QUIROGA GONZALEZ

STEFFANNY ALEXANDRA ALVARADO PARDO
ANALISTA COLPENSIONES

COL-VEJ-03-502.1

Escaneado con CamScanner

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente MILTON NI#O DURAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 4,153,189 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 077190783 aperturada el 2 de junio de 2015 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 12 de enero de 2023.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0077190783
Cuenta de 16 dígitos:	0077000200190783
Cuenta de 20 dígitos:	00130077000200190783

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA