Sácama, 02 de marzo de 2023.

Licenciada:

INES PATARROYO COMBITA
Supervisora contrato No. 0243 del 24/octubre/2022
Yopal

REF: Contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión, No. 0243 del 24 de octubre de 2022.

Asunto: Informe mensual de actividades No. 3 de 7.

Cordial Saludo;

Por medio del presente me permito hacer entrega del tercer (03) informe mensual de actividades, periodo comprendido entre el 17 de enero y el 16 de febrero de 2023, con fines del cumplimiento de la forma de pago estipulados dentro del contrato de la referencia cuyo objeto es: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPRTIVOS ES LOS SEMILLEROS ESTABLECIDOS EN LOS PROYECTOS: 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 Se anexa:

1. Informe de actividades.
2. Anexos de las actividades
3. Población Definitiva
4. Formato no obligado a facturar y rut.
5. Copia del pago de salud, pensión, riegos.

Cordialmente,

Firma: 
Nombre: Jhon Alexander Merchan Estupiñan
C.C. No. 1 118 559 153
E mail: jame230@hotmail.com
Celular: 3202422306

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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, 02 de Marzo del 2023.

Señor(a)
INES PATARROYO COMBITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEPORTES
Supervisor
Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24.

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: 17/01/2023 hasta 16/02/2023.

A. ANTECEDENTES:

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NUMERO DE CONTRATO	0243
FECHA DE CONTRATO	2022-10-24.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATISTA	1118559153 de YOPAL
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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	2022-11-17
PLAZO DE EJECUCIÓN	Siete (7) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	2023-06-16
FECHA DE INFORME	02 de Marzo del 2023
PERIODO DE INFORME	17/01/2023 hasta 16/02/2023
NUMERO DE INFORME	3
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 9 No. 19-76
CIUDAD	YOPAL
TELEFONO MOVIL	3202422306
CORREO ELECTRÓNICO	jame230@hotmail.com
ADICION	
SUSPENSIÓN	

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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 16/02/2023, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 presenta una ejecución del 42.84% contra una programada del 100%.

C. ESTADO FINANCIERO:

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$10.340.442,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$10.340.442,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Vr. Pagado
VALOR ACTA No. 1	$1.477.206,00	$0,00	$1.477.206,00
VALOR ACTA No. 2	$1.477.206,00	$0,00	$1.477.206,00
PRESENTE ACTA	$1.477.206,00	$0,00	$1.477.206,00
POR EJECUTAR	$5.908.824,00		
TOTAL	$10.340.442,00	$0,00	$4.431.618,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $1.477.206,00 M.L.C.

D. ACTIVIDADES:

Actividades que debe cumplir los tres primeros días después de firmada el acta de inicio: 1. Diligenciar constancia o certificación de presentación firmada por el director del ente municipal, oficina de deportes municipal o quien ejerza sus funciones 2. Presentar el plan de pedagógico, cronograma de actividades a realizar correspondiente al periodo del contrato; horarios y lugares de entrenamiento, según el formato establecido por el Indercas OBLIGACIONES GENERALES 1. Promocionar y divulgar el proyecto, en coordinación con el ente deportivo municipal, o quien ejerza sus veces, con el fin de convocar e inscribir los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de cada municipio. 2. Desarrollar un proceso iniciación y formación deportiva durante cinco horas al día con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes inscritos en el proyecto, manteniendo como mínimo dos grupos de (acuerdo al deporte) de asistentes, por lo menos tres veces por semana y 3 horas para desarrollar actividades de planeación, evaluación y preparación de informes. 3. Presentar la programación de la sesión de clase y remitirlo al metodólogo asignado para tal fin, según los formatos establecidos 4. Desarrollar 3 socializaciones dirigida a los padres de familia: la primera se debe realizar antes de finalizar el segundo mes de ejecución del contrato donde se den a conocer los alcances, objetivos propuestos, horarios y cronograma de actividades. La segunda reunión se debe realizar en el mes quinto (5) de ejecución del contrato, donde se presentará los avances del desarrollo y seguimiento a los procesos de formación. Y una tercera reunión que se debe realizar un (1) mes antes de terminar el contrato, en cual se darán a conocer el balance final del desarrollo deportivo por deportista a cargo. En cada reunión se llevará control de asistencia firmada por los padres y registro fotográfico. 5. Asistir a las capacitaciones programadas en el cronograma del proyecto en temas relacionados a su deporte o con la investigación. 6. Garantizar la cobertura mínima de beneficiarios establecida en el acta de iniciación del contrato. 7. Mantener la reserva y/o confidencialidad los documentos e información que conozco o sea entregada para el desarrollo del objeto contractual. 8. Llevar control de la asistencia de los alumnos y presentar la correspondiente estadística

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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.

en cada informe y el consolidado 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, diferencial, teniendo en cuenta que en la población atendida se deberá incluir discriminadamente según el caso: a. Primera infancia (0-5); b. Infancia (6-12); c. Adolescencia (13-17); Juventud (18-28) definiendo a que grupo pertenecen así: a. Mujer; b. Víctimas del conflicto; c. Discapacidad; d. LGTBI; e. Pueblos indígenas; f. Comunidades negras; g. Población en pobreza extrema; h. Familia; i. Toda la población y j. Otro, según los formatos establecidos por el INDERCAS. 9. Presentar el informe de carácter mensual, en el cual se incluya una descripción de las actividades de manera técnica, así mismo los logros, alcances y metas obtenidas, anexando las evidencias físicas y demás soportes requeridos por el instituto para el pago mensual correspondiente. Entregarlo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, copia de soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales. En los formatos establecidos por el Indercas. 10. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto, POLÍTICA PÚBLICA PARA EL DESARROLLO DEL DEPORTE, LA RECREACIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE 2024 - 2038, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos. 11. 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. 12. 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. 13. Las demás asignadas por el gerente del instituto relacionado con el objeto contractual

E. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

ACTIVIDAD	ACTIVIDADA REALIZADA	PORCENTAJE (%)
ACTIVIDAD 01. Promocionar y divulgar el proyecto, en coordinación con el ente deportivo municipal, o quien ejerza sus veces, con el fin de convocar e inscribir los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de cada municipio.	Se continua realizando la invitación a los estudiantes de la Institución Educativa Antonio Nariño, que deseen vincularse con los procesos de formación deportivo que ofrece el programa. Así mismo se convoco a los NNA del municipio por medio de grupos de Whasatp, voz a voz.	42.84
ACTIVIDAD 02. Desarrollar un proceso iniciación y formación deportiva durante cinco horas al día con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes inscritos en el proyecto, manteniendo como mínimo dos grupos de (acuerdo al deporte) de asistentes, por lo menos tres veces por semana y 3 horas para desarrollar actividades de planeación, evaluación y preparación de informes.	Se continua desarrollando un proceso de iniciación con dos grupos de participantes en las edades comprendidas entre los 7 a 10 años y los 11 a 17 años, los procesos de formación se llevan acabo de lunes a miércoles en horas de la tarde específicamente de 2 pm a 7 pm. las horas de la mañana son utilizados para desarrollar la planeación y cronogramas de las sesiones.	42.84
ACTIVIDAD 03. Presentar la programación de la sesión de clase y remitirlo al metodólogo asignado para tal fin, según los formatos establecidos.	Se realizo la respectiva programación de las sesiones de clase en los formatos establecidos, de la misma manera fueron renviados al metodólogo para la respectiva aprobación, correspondiente al periodo desde el 17 de enero al 16 de febrero del 2023.	42.84
ACTIVIDAD 04. Desarrollar 3 socializaciones dirigida a los padres de familia: la primera se debe realizar antes de finalizar el segundo mes de ejecución del contrato donde se den a conocer los alcances, objetivos propuestos, horarios y cronograma de actividades. La segunda reunión se debe realizar en el mes quinto	Se realizo la socialización con los padres de familia de cada uno de los NNA que asisten a los procesos de entrenamiento, dándoles a conocer los alcances y objetivos del programa. La Reunión fue desarrollara en el coliseo central el día martes 24 de enero, con una participación promedio de 30 padres de familia.	33.33

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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.

(5) de ejecución del contrato, donde se presentará los avances del desarrollo y seguimiento a los procesos de formación. Y una tercera reunión que se debe realizar un (1) mes antes de terminar el contrato, en cual se darán a conocer el balance final del desarrollo deportivo por deportista a cargo. En cada reunión se llevará control de asistencia firmada por los padres y registro fotográfico.		
ACTIVIDAD 05. Asistir a las capacitaciones programadas en el cronograma del proyecto en temas relacionados a su deporte o con la investigación.	Nos reunimos de manera virtual con la metodóloga de la zona 1 el día 24 de enero en horas de la mañana, para brindarnos información acerca de los procesos a desarrollar.	42.84
ACTIVIDAD 06. Garantizar la cobertura mínima de beneficiarios establecida en el acta de iniciación del contrato.	Se continua en la conformación de los grupos para cumplir con la cobertura mínima de beneficiarios establecido en el acta de inicio, se anexa Excel de población beneficiada y planillas de asistencia relacionadas durante el periodo desde el 17 de enero al 16 de febrero del 2022.	42.84
Actividad 07. Mantener la reserva y/o confidencialidad los documentos e información que conozco o sea entregada para el desarrollo del objeto contractual.	Se mantiene la reserva de la información entregada para el desarrollo del objeto contractual	42.84
ACTIVIDAD 08. Llevar control de la asistencia de los alumnos y presentar la correspondiente estadística en cada informe y el consolidado 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, diferencial, teniendo en cuenta que en la población atendida se deberá incluir discriminadamente según el caso: a. Primera infancia (0-5); b. Infancia (6-12); c. Adolescencia (13-17); Juventud (18-28) definiendo a que grupo pertenecen así: a. Mujer; b. Víctimas del conflicto; c. Discapacidad; d. LGTBI; e. Pueblos indígenas; f. Comunidades negras; g. Población en pobreza extrema; h. Familia; i. Toda la población y j. Otro, según los formatos establecidos por el INDERCAS.	Se continua llevando control de asistencia durante el desarrollo de las sesiones de clases del semillero de fútbol de salón presentando la correspondiente estadística en el informe y planillas de asistencia durante el periodo desde el 17 de enero al 16 de febrero del 2022.	42.84
ACTIVIDAD 09. Presentar el informe de carácter mensual, en el cual se incluya una descripción de las actividades de manera técnica, así mismo los logros, alcances y metas obtenidas, anexando las evidencias físicas y demás soportes requeridos por el instituto para el pago mensual correspondiente. Entregarlo dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, copia de soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales. En los formatos establecidos por el Indercas.	Se presenta el informe de carácter mensual, en el cual se incluya la descripción de cada una de las actividades de manera técnica de las misma manera los logros y alcances obtenidos. Anexando las evidencias requeridas por la entidad.	42.84
ACTIVIDAD 10. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto,	El el presente informe desarrolle y facilite la información de los censos de los escenarios deportivos y encuestas.	42.84

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 - de 2022-10-24 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN LOS SEMILLEROS 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.

POLÍTICA PÚBLICA PARA EL DESARROLLO DEL DEPORTE, LA RECREACIÓN, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE EN EL DEPARTAMENTO DE CASANARE 2024 - 2038, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos.		
ACTIVIDAD 11. 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/cursointegridad.html.	Se llevo a cabo el curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, mediante plataforma establecida el día 27 de diciembre de 2022, con una intensidad de 20 horas	100
ACTIVIDAD 12. 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.	Durante este periodo no se ha llevado el curso de 20 horas de educación formal o no formal, se realizara el reporte más adelante.	42.84
ACTIVIDAD 13. Las demás asignadas por el gerente del instituto relacionado con el objeto contractual	En el presente informe no fui requerido para desarrollar actividades adicionales propuestas por la gerencia de la institución, de igual forma se estuvo presto a cualquier apoyo requerido.	42.84

F. OBSERVACIONES:

Atentamente,

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
Contratista

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD**	CODIGO: RMDE21
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA: 15/08/2014
	INFORME SEMANAL	VERSIÓN: 02

NOMBRE Y APELLIDO: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN			**DEPORTE:** FUTBOL DE SALÓN
CATEGORIA: INICIACION-FUNDAMENTACION		**EDAD:** 7 A 17 AÑOS	**GENERO:** MASCULINO
FECHA:	**DESDE:** 17 DE ENERO	**HASTA:** 24 DE ENERO	**LUGAR DE PRACTICA:** COLISEO MUNICIPAL

OBJETIVO TECNICO: Perfeccionar la tecnica del pases con empeine

CONTENIDOS TÉCNICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
pase con empeine distancia corta	dirigido	fragmentado	visual	90
pase con empeine por parejas	dirigido	global	visual	120
pases con empeine grupales	repeticiones	analitico	Motriz	120

OBJETIVO TACTICO: Desarrollo de habilidades tecnicas

CONTENIDOS TACTICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
juegos predeportivos	platillos, conos, balones	analitico y global	Aptitudinal	330

OBJETIVO FÍSICOS: Aumento de velocidad de reaccion, para mejorar en situaciones de juego

CONTENIDOS FISICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
salida desde sentados	saltos entre conos	continuo variable tipo 2	test	90
salida con el silbato en posicion de pie	entre vallas	RSA	test	120
salida de cubito abdominal	trabajos de corta duracion	repeticion	Motriz	120

INTERACCION SOCIAL DE VALORES	las actividades deportivas se enfatizan en el desarrollo del respeto con cada uno de los compañeros y el docente.
ACTIVIDADES RECREATIVAS	actividades rompe hielo
OBSERVACIONES	

FECHA DE PRESENTACIÓN: 02 DE MARZO DE 2022

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

NOMBRE DEL CONSTRATISTA

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD**	CODIGO: RMDE21
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA: 15/08/2014
	INFORME SEMANAL	VERSIÓN: 02

NOMBRE Y APELLIDO: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN			**DEPORTE:** FUTBOL DE SALÓN
CATEGORIA: INICIACION-FUNDAMENTACION	**EDAD:** 7 A 17 AÑOS		**GENERO:** MASCULINO
FECHA:	**DESDE:** 25 DE ENERO	**HASTA: 31** DE ENERO	**LUGAR DE PRACTICA:** COLISEO MUNICIPAL

OBJETIVO TECNICO: Mejorar el dominio de balón junto con los pases de empeine en situaciones rapidas.

CONTENIDOS TÉCNICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
Pses por parejas	balones y cono	analitico de desarrollo	test tecnico	90
dominio de balon entre conos con pase de empeine	Ejecucion de ejercicios con balon entre conos	analitico	Aptitudinal	90
pases en grupos de cuatro integrantes	platillos, conos y balones	global	Motriz	120
control de balon con empeine	conos , platillos, aros	global	Fisica	90

OBJETIVO TACTICO: Perfeccionamiento de tecnica de dominio de balón y pases cortos

CONTENIDOS TACTICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
juegos predeportivos	platillos, conos, balones	analitico y global	Aptitudinal	140

OBJETIVO FÍSICOS: Aumento de resistencia de los jugadores, para mejorar el ritmo en los partidos.

CONTENIDOS FISICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
rondos	Ejercicios de larga duracion	continuo variable tipo 2	test	90
espacio reducido	platillos y conos, escalas	RSA	test	90
trabajos por parejas de velocidad de reaccion	Movimientos y cambios direccion - platillos	repeticion	Motriz	120
espacio reducido	escalas y platillos	repeticion	participativo	90

INTERACCION SOCIAL DE VALORES	
ACTIVIDADES RECREATIVAS	Actividades rompe hielo, desarrolladas con todo el grupo.
OBSERVACIONES	

FECHA DE PRESENTACIÓN: 02 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

NOMBRE DEL CONSTRATISTA

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD**	CODIGO: RMDE21
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA: 15/08/2014
	INFORME SEMANAL	VERSIÓN: 02

NOMBRE Y APELLIDO: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN			**DEPORTE:** FUTBOL DE SALÓN
CATEGORIA: INICIACION-FUNDAMENTACION	**EDAD: 7** A 17 AÑOS		**GENERO:** MASCULINO
FECHA:	**DESDE:** 01 DE FEBRERO	**HASTA:** 07 DE FEBRERO	**LUGAR DE PRACTICA:** COLISEO MUNICIPAL

OBJETIVO TECNICO: Perfeccionamiento de pases a largas distacnias con empeine.

CONTENIDOS TÉCNICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
pases entre opstaculos	balones, platillos y conos trabajos rapidos	analitico de desarrollo	test tecnico	90
pases con empeine entre opstaculos	balones y platillos	analitico	Aptitudinal	120
pases con empeine	platillos, conos, estacas	global	Motriz	120

OBJETIVO TACTICO: Perfeccionamiento del gesto tecnico del pase

CONTENIDOS TACTICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
juegos predeportivos	platillos, conos, balones	analitico y global	Aptitudinal	170

OBJETIVO FÍSICOS: Aumento de resitencia alactica

CONTENIDOS FISICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
ejercicios de corta durcion	Ejercicios de corta duracion	continuo variable tipo 2	test	120
trabajos de velocidad de reaccion	jercicios de R anaerobica L y Ala	RSA	test	90
velocidad de reaccion con el sonido	Movimientos y cambios direccion - platillos	repeticion	Motriz	120
elongacion muscular	Sesiones de estiramineto y relajacion	dinamico	Visual	90

INTERACCION SOCIAL DE VALORES	
ACTIVIDADES RECREATIVAS	
OBSERVACIONES	

FECHA DE PRESENTACIÓN: 2 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

NOMBRE DEL CONSTRATISTA

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD**	CODIGO: RMDE21
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA: 15/08/2014
	INFORME SEMANAL	VERSIÓN: 02

NOMBRE Y APELLIDO: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN			**DEPORTE:** FUTBOL DE SALÓN
CATEGORIA: INICIACION- FUNDAMENTACION	**EDAD:** 7 A 17 AÑOS		**GENERO:** MASCULINO
FECHA: **DESDE:** 08 DE FEBRERO	**HASTA:** 16 DE FEBRERO		**LUGAR DE PRACTICA:** COLISEO MUNICIPAL

OBJETIVO TECNICO: Desarrollo tecnico de conduccion de balón con empeine

CONTENIDOS TÉCNICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
conduccion de balon	zigzag entre conos y finalizacion	analitico de desarrollo	test tecnico	90
pases cortos	conos y estacas	analitico	Aptitudinal	90
zigzag y pases	Trabajo con platillos y conos	global	Motriz	120
recepcion con pase de finalizacion	conos , platillos, aros	global	Fisica	90

OBJETIVO TACTICO: Perfecionamiento de los pases en situaciones jugadas

CONTENIDOS TACTICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
juegos predeportivos	platillos, conos, balones	analitico y global	Aptitudinal	140

OBJETIVO FÍSICOS: Perfeccionamiento de los gestos de movimiento en el terreno de juego

CONTENIDOS FISICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN
trote alrededor de la cancha	Ejercicios de larga duracion	continuo variable tipo 2	test	90
trabajo de espacio reducido	jercicios de R anaerobica lac y alac	RSA	test	90
cambios de direccion	Movimientos y cambios direccion - platillos	repeticion	Motriz	120
trabajos largos en arena	Desplazamientos a distancias largas - platillos	pliomerico	test	90

INTERACCION SOCIAL DE VALORES	
ACTIVIDADES RECREATIVAS	
OBSERVACIONES	

FECHA DE PRESENTACIÓN: 2 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

NOMBRE DEL CONSTRATISTA

INDERCAS	**SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD**	CODIGO	RAGCC55
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA	20/02/2013
		VERSIÓN	1

CRONOGRAMA DE SESION DE CLASE

NOMBRE MONITOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN				**DEPORTE: FUTBOL DE SALON**
SEMANA:	**17 DE ENERO AL 16 DE FEBRERO**	**MICROCICLO:**	**CORRIENTE**	**EDADES: 7 A 17 AÑOS**

OBJETIVO : PRFECCIONAR EL GESTO TECNICO DEL PASE CON EMPEINE

CONTENIDOS					**N° SEMANA**
LUNES	**MARTES**	**MIERCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	
TRABAJOS DE PASES CON EMPEINE	DESARROLLO DE TRABAJO DE CONDUCCION DE BALÓN	PASES CON EMPEINE			**1**
PASES CON EMPEINE DE MANERA GRUPAL	PASES GRUPALES CON DIFERENTES PARTES DEL PIE	CONDUCCION DE BALON CON FINALIZACION			**2**
JUEGOS PRE DEPORTIVOS	PASES LARGOS CON BORDE INTERNO Y BORDE EXTERNO	JUEGO RECREATIVO			**3**
EJERCICIOS DE VELOCIDAD DE REACCION Y FINALIZACION CON PASES DE EMPEINE	RECEPCION Y PASES CON EMPEINE	EJERCICIOS DE FUERZA EXPLOSIVA			**4**

FECHA DE INFORME: 2 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

FIRMA DEL CONSTRATISTA

INDERCAS	SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CODIGO	RAGCC55
	GESTIÓN ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA	20/02/2013
	INFORME MENSUAL ANTICIPADO	VERSIÓN	1

NOMBRE MONITOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN	**DEPORTE:** FUTBOL DE SALÓN
LUGAR PRACTICA: COLISEO CENTRAL	**EDADES:** 7 A 17 AÑOS
FECHA A DESARROLLAR EL PLAN: **DESDE:** 17 DE FEBERO	**HASTA:** 16 DE MARZO

OBJETIVO GENERAL :Diseñar, emplear y desarrollar un Plan Pedagógico para mejorar y fortalecer el desarrollo de los procesos deportivos en los semilleros de Sácama Casanare, que nos permita la formación y detección de talentos y futuros campeones, así como la masificación del deporte y el aprovechamiento del tiempo libre, como mecanismo de construccion social en busca de una sociedad más sana y mas justa.

OBJETIVO MENSUAL. MEJORAR LAS CONDICIONES TECNICAS DEL DEPORTISTA

CONTENIDOS			N° SEMANA
TECNICOS	**TACTICOS**	**FISICOS**	
DESARROLLO TECNICO DE RECEPCION Y PASE	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	AUMENTO DE FUERZA EXPLOSIVA	**1**
PERFECCINAMIENTO DE RECEPCION DE BALON EN SITUACIONES JUGADAS	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	CIRCUITO DE RESITENCIA	**2**
PASES Y RECEPCION ENTRE OPSTACULOS	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	VELOCIDAD DE REACCION CON BALON	**3**
PASES CON LAS DIFERENTES PARTES DEL PIE	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	JUEGOS EJEMPLIFICADOS	**4**

OTRAS ACTIVIDADES A REALIZAR	Intercambios deportivos
	Jornada recreativas
	Limpieza Escenario deportivo

FECHA DE INFORME: 2 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

FIRMA DEL CONSTRATISTA

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CÓDIGO:	RAGAC08
	GESTION ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA	10/02/2013
	REGISTRO ASISTENCIA	VERSION	01

FECHA EVENTO: 13-04-23 MUNICIPIO: Orocue
DEPARTAMENTO: CASANARE
NOMBRE MONITOR Jhon Montero No. CTO. 043

TEMA: SOCIABILIZACIÓN

NOTA: ADJUNTAR REGISTRO FOTOGRAFICO- soportamos que las firmas son de puño y letra de cada peresona que asistio.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	DIRECCIÓN	TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Edwin Adrian Catrinca	1118630570.	Centro.	3224033535	—	Adrian Catrinca
Orlando Catrina	1129359	Centro.	3207347161	—	Orlando Catrina
GEORGINA ZAMBRANO	1A006266	CENTRO.	3224235566	—	GEORGINA Z.
OSCAR YESID HERNANDEZ	1118146425	CENTRO	3177157836	yesid9323@hotmail.com	
Jenny Rocio Sanchez	1121935386	Centro.	3152902957	—	Jenny P. Sanchez
Gerson Santiago Melo M	1118146640	Centro	3128972730		Santiago Melo
Jancarlos Mora	1006532244	Villa Carola	3228939609		
Katherine Tarlo	1121875554	villa carola	3203808547	—	Katherine Tarlo.
Kener Bolivia	88 256 635	Vrd Mururqe	—		Kener Bolivia
Yeni Marquez	46 977 349	Centro	—		Yeni Marquez

Powered by CamScanner

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CÓDIGO:	RAGAC08
	GESTION ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA	10/02/2013
	REGISTRO ASISTENCIA	VERSION	01

FECHA EVENTO: 18-01-23 MUNICIPIO: Yopal
DEPARTAMENTO: CASANARE
NOMBRE MONITOR Jhon Mendoza No. CTO. 0743

TEMA: SOCIABILIZACIÓN

NOTA: ADJUNTAR REGISTRO FOTOGRAFICO- soportamos que las firmas son de puño y letra de cada peresona que asistio.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	DIRECCIÓN	TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Nidia Ardy Cadena	60255326	Barcelona	3113937590	— —	Nidia Ardy C.
Carlos Andres Blanco	1119371	Barcelona	3214209453	— — —	Carlos Andres B.
Jhonatan Mendoza M	1056554146	Villa Cada	3213160559	Jhonatanfe@gmail	Jhonatan Mendoza
Justo Casas Solano	CC 1.118866413	Betoden	310 793 55 - -	Casasjose POLY agmail.co	
Viviana Maciar Infante	CC:1234791379	Betoden	3132334018	Tefrilm@gmail .com	Viviana Maciar
Yajaira Infante Carrillo	CC: 52305406	Betoden	3132013600		Yajaira Infante
Sonia Zambrano	1006532782	Centro	3146028671	dianitaximena gmail.com	
Paola Moreno B.	1118146583	centro	3212740018	upocmoreno@hotmail	Paola Moreno.
Wilmer Orlando Cabrera	1007344841	centro	3208249107	wordinm@gmail.co	
Sandra Milena Melo	1118746370	Sarcina Centro	3115766367.	—	Sandra Melo

Powered by CamScanner

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE NIT 844003451	SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CÓDIGO:	RAGAC08
	GESTION ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA	FECHA	10/02/2013
	REGISTRO ASISTENCIA	VERSION	01

FECHA EVENTO: 18-01-23 MUNICIPIO: Sácama
DEPARTAMENTO: CASANARE
NOMBRE MONITOR Yhon Merchan No. CTO. 2043

TEMA: SOCIABILIZACIÓN

NOTA: ADJUNTAR REGISTRO FOTOGRAFICO- soportamos que las firmas son de puño y letra de cada peresona que asistio.

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	DIRECCIÓN	TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
Lina Marcela Rodríguez Rodríguez	1.078.963.246	Barrio Centro	3203702717	linaib_17@hotmail.com	
Yuri Lorena Merchán Estupiñán	1002457209	Barrio Centro	3127609326	Merchanlorena20@gmail	
David Alejandro Prieto	1007854094	Barrio Centro	3107735518	davidalejo1006HA@g	
Javier Alonso Lagos Lagos	1113196933	Barrio Bañadera	3203706853	Jhavylagos@gm	
Juan Carlos Torres Poveda	1002526367	Barrio Bañadera	3144934274	Cuentaelectronica Pocade3@gmail.com	
Yancarlos Mora	1006532244	Villa Carola	3228939601	Jcebastian.mora1@ @gmail.com	
Yorlen Barrera	1118146899	Centro	3180777750	Yorlen.barrera5 @gmail.com	
Camilo Andres Olaite	1002290567	Centro A	3138266990	Zimium6: Com gmail.Com	
Carlos Mauricio Lizarazo	1053442055	Centro	3224012658		Carlos L.
Jonathan David L.	1118536569	Bañadera	3142202080		

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CODIGO	RAGCC53
GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA	13/02/2013
PLANILLA DE ASISTENCIA INSCRITOS	VERSION	01

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
DEPORTE: FUTBOL DE SALON
EDADES: 7 a 17 AÑOS

Nº	SESIONES Y FECHAS / NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	SEMANA Nº 1 DIAS DE TRABAJO 17	18	23	ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	SEMANA Nº 2 DIAS DE TRABAJO 24	25	30	ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	OBSERVACIONES GENERALES
1	Cristian Amaya Jimenes		X	A	A	F	80%		A	A	F	80%		POCO COMPROMISO
2	Juan Pablo Casallas Bothia		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
3	Javier Orlando Gomez Riscaneo		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
4	Hector David Isquierdo Pinilla		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		SOBRESALIENTE
5	Felipe Cantor Mendivelso		X	A	F	A	80%		F	F	A	60%		POCO COMPROMISO
6	Felipe Preciado Hernandez		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
7	Cristian David Torres Ortega		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
8	Jhon Artey Valderrama		X	A	A	A	80%		A	A	A	80%		CONSTANTE
9	Erik Julian Blanco		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		DISCIPLINADO
10	Andres Felipe Lizarazo		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		CONSTANTE
11	Harol Samuel Lizarazo		X	A	A	F	80%		A	F	F	50%		POCO COMPROMISO
12	Juan Angel Barrera Toscano		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
13	Miguel Angel Bona Camilo		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
14	Valeria Gualdron Pico	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
15	Franin Damian Baez Cerinza		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
16	Evelin Tatiana Cañas Cerinza	X		A	F	A	60%		A	F	A	60%		POCO COMPROMISO
17	Poveda Daniel Andres		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
18	Javier Mora		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
19	Wilder Niño		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
20	Carlos Nossa		X	A	A	F	80%		A	A	F	80%		SOBRESALIENTE
21	Julian Nieto		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
22	Giovani Carreño		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
23	Diana Quintero Riaño	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
24	kaaren Pinilla	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
25	karina Lagos	X		F	A	A	80%		F	A	A	80%		CONSTANTE
26	Juan Manuel Carrillo Muroa		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
27	Maroi Lucaena Carreño Gutierrez	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
28	Camila Sanabria Roballo	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
29	Juan David Estrada		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
30	Ronald Carvajal		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
31	Wilson Cañas		X	A	A	F	80%		A	A	F	80%		POCO COMPROMISO
32	Jonathan Cantor		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
33	Juan Cañas		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
34	Hether Lagos		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		SOBRESALIENTE

Powered by CamScanner

35	Juber Rodriguez		X	A	F	A					80%	Juber R	F	F	A					60%	Juber R	POCO COMPROMISO
36	Sara barrera	X		A	A	A					100%	Sara B	A	A	A					100%	Sara B	SOBRESALIENTE
37	Jonathan Layton		X	A	A	A					100%	Jonathan L	A	A	A					100%	Jonathan L	SOBRESALIENTE
38	Carolina Melgarejo	X		A	A	A					80%	Carolina M	A	A	A					80%	Carolina M	CONSTANTE
39	Sandra Riscanevo	X		A	A	A					100%	Sandra Riscanevo	A	A	A					100%	Sandra Riscanevo	DISCIPLINADO
40	Valery Rodriguez	X		F	A	A					80%	Valery Rodriguez	F	A	A					80%	Valery Rodriguez	CONSTANTE
41	Zamary Guzman	X		A	A	F					80%	Zamary G	A	F	F					60%	Zamary G	POCO COMPROMISO
42	Sharick Izquierdo	X		A	A	A					100%	Sharick I	A	A	A					100%	Sharick I	CONSTANTE
43	Yudith Izquierdo	X		A	A	A					100%	Yudith I	A	A	A					100%	Yudith I	CONSTANTE
44	Karol Parra	X		A	A	A					100%	Karol Parra	A	A	A					100%	Karol Parra	CONSTANTE
45	Emanue Torres		X	A	A	A					100%	Emanuel	A	A	A					100%	Emanuel	CONSTANTE
46	Dana Sofia Pico	X		A	F	A					60%	Dana Sofia	A	F	A					60%	Dana Sofia	POCO COMPROMISO
47	Dilan Darvey Riscanevo	X		A	A	A					100%	Dylan R	A	A	A					100%	Dylan R	CONSTANTE
48	Dylan Yecid Melo		X	A	A	A					100%	Dylan Melo	A	A	A					100%	Dylan Melo	SOBRESALIENTE
49	Daniel Snatiago Botha		X	A	A	A					100%	Santiago	A	A	A					100%	Santiago	CONSTANTE
50	Sareth Botha	X		A	A	F					80%	Sareth B	A	A	F					80%	Sareth B	SOBRESALIENTE
51	Maria Lucian Montoya	X		A	A	A					100%	Luciana M	A	A	A					100%	Luciana M	CONSTANTE
52	Felipe Estupiñan		X	A	A	A					100%	Felipe	A	A	A					100%	Felipe	CONSTANTE
53	Ever Vaez		X	A	A	A					100%	Ever Vaez	A	A	A					100%	Ever Vaez	SOBRESALIENTE
54	Elkin Carvajal		X	A	A	A					100%	Elkin C	A	A	A					100%	Elkin C	CONSTANTE
55	Nicolas Ceballos		X	F	A	A					80%	Nicolas Ceballos	A	A	A					80%	Nicolas Ceballos	CONSTANTE
56	Dylan Esteban Poveda		X	A	A	A					100%	dylan P	A	A	A					100%	dylan P	SOBRESALIENTE
57	Nicolas Santiago Adame		X	A	A	A					100%	nicolas A	A	A	A					100%	nicolas A	SOBRESALIENTE
58	Maria Jose Camilo	X		A	A	A					100%	M.Jose C	A	A	A					100%	M.Jose C	SOBRESALIENTE
59	Darwin Camacho Duarte		X	A	A	A					100%	Darwin C	A	A	A					100%	Darwin C	SOBRESALIENTE
60	Maria Jose Botha	X		A	A	A					100%	Maria B	A	A	A					100%	Maria B	CONSTANTE
ASISTENCIA %											93%									91%		

CONVENCIONES	A ASISTIO			R LLEGADA TARDE			E EXCUSA			F NO ASISTIO	

FIRMA DEL INSTRUCTOR Jhon A Machan

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CODIGO	RAGDCS3
GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA	10/02/2013
PLANILLA DE ASISTENCIA INSCRITOS	VERSION	01

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
DEPORTE: FUTBOL DE SALON
EDADES: 7 a 17 AÑOS

Nº	SESIONES Y FECHAS / NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F	SEXO M	SEMANA Nº 3 DIAS DE TRABAJO 1	6	7	ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	SEMANA Nº 4 DIAS DE TRABAJO 8	13	14	ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	OBSERVACIONES GENERALES
1	Cristian Amaya Jimenez		X	A	A	F	80%		A	A	F	80%		POCO COMPROMISO
2	Juan Pablo Casallas Bothis		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
3	Javier Orlando Gomez Rincaneo		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
4	Hector David Isquierdo Pinilla		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		SOBRESALIENTE
5	Felipe Cantor Mendivelso		X	A	F	A	80%		F	F	A	60%		POCO COMPROMISO
6	Felipe Preciado Hernandez		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
7	Cristian David Torres Ortega		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
8	Jhon Arley Valderrama		X	A	A	A	80%		A	A	A	80%		CONSTANTE
9	Erik Julian Blanco		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		DISCIPLINADO
10	Andres Felipe Lizarazo		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		CONSTANTE
11	Harol Samuel Lizarazo		X	A	A	F	80%		A	F	F	60%		POCO COMPROMISO
12	Juan Angel Barrera Toscano		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
13	Miguel Angel Bosa Camilo		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
14	Valeria Gualdron Pico	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
15	Franlin Damian Baez Cerinza		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
16	Evelin Tatiana Cañas Cerinza	X		A	F	A	80%		A	F	A	80%		POCO COMPROMISO
17	Poveda Daniel Andres		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
18	Javier Mora		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
19	Wilder Niño		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
20	Carlos Nossa		X	A	A	F	80%		A	A	F	80%		SOBRESALIENTE
21	Julian Nieto		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
22	Giovani Carreño		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
23	Diana Quintero Riaño	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
24	Isaaren Pinilla	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
25	karina Lagos	X		F	A	A	80%		F	A	A	80%		CONSTANTE
26	Juan Manuel Camilo Murcia		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
27	Maroi Luciana Carreño Gutierrez	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
28	Camila Sanabria Roballo	X		A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
29	Juan David Estrada		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		SOBRESALIENTE
30	Ronald Carvajal		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
31	Wilson Cañas		X	A	A	F	80%		A	A	F	60%		POCO COMPROMISO
32	Jonathan Cantor		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
33	Juan Cañas		X	A	A	A	100%		A	A	A	100%		CONSTANTE
34	Harther Lagos		X	F	A	A	80%		F	A	A	80%		SOBRESALIENTE

Powered by CamScanner

34	Juber Rodriguez		X	A	F	A					80%	Juber P	F	F	A					60%	Juber P	POCO COMPROMISO
35	Sara barrera	X		A	A	A					100%	[illegible]	A	A	A					100%	[illegible]	SOBRESALIENTE
37	Jonathan Layton		X	A	A	A					100%	JONATHAN L	A	A	A					100%	JONATHAN L	SOBRESALIENTE
38	Carolina Melgarejo	X		A	A	A					80%	Carolina M	A	A	A					80%	Carolina M	CONSTANTE
39	Sandra Riscanevo	X		A	A	A					100%	Sandra Riscanevo	A	A	A					100%	Sandra Riscanevo	DISCIPLINADO
40	Valery Rodriguez	X		F	A	A					80%	Valery Rodriguez	A	A	A					80%	Valery Rodriguez	CONSTANTE
41	Zaimary Guzman	X		A	A	F					80%	Zaimary G	A	F	F					60%	Zaimary G	POCO COMPROMISO
42	Sharick Izquierdo	X		A	A	A					100%	Sharick I	A	A	A					100%	Sharick I	CONSTANTE
43	Yudith Izquierdo	X		A	A	A					100%	Yudith I	A	A	A					100%	Yudith I	CONSTANTE
44	Karol Parra	X		A	A	A					100%	Karol Parra	A	A	A					100%	Karol Parra	CONSTANTE
45	Emanue Torres		X	A	A	A					100%	Emanuel	A	A	A					100%	Emanuel	CONSTANTE
46	Dana Sofia Pico	X		A	F	A					60%	Dana Sofia	A	F	A					60%	Dana Sofia	POCO COMPROMISO
47	Dilan Darvey Riscanevo	X		A	A	A					100%	Dylan R	A	A	A					100%	Dylan Mero	CONSTANTE
48	Dylan Yecid Mero		X	A	A	A					100%	Dylan Mero	A	A	A					100%	Santiago	SOBRESALIENTE
49	Daniel Snatiago Bothia		X	A	A	A					100%	Santiago	A	A	A					100%	Sarah B	CONSTANTE
50	Sareth Bothia	X		A	A	F					80%	Sareth B	A	A	F					80%	Tuciana M	SOBRESALIENTE
51	Maria Lucian Montoya	X		A	A	A					100%	Tuciana M	A	A	A					100%	Felipe	CONSTANTE
52	Felipe Estupiñan		X	A	A	A					100%	Felipe	A	A	A					100%	Erick Vuelta	CONSTANTE
53	Ever Vaez		X	A	A	A					100%	Erick Vuelta	A	A	A					100%	Felipe	SOBRESALIENTE
54	Elkin Carvajal		X	A	A	A					100%	Elkin C	A	A	A					100%	Elkin C	CONSTANTE
55	Nicolas Ceballos		X	F	A	A					80%	Nicolas Ceballos	A	A	A					80%	Nicolas Ceballos	CONSTANTE
56	Dylan Esteban Poveda		X	A	A	A					100%	Dylan P	A	A	A					100%	Dylan P	SOBRESALIENTE
57	Nicolas Santiago Adame		X	A	A	A					100%	Nicolas A	A	A	A					100%	Nicolas A	SOBRESALIENTE
58	Maria Jose Camilo	X		A	A	A					100%	M. Jose C	A	A	A					100%	M. Jose C	SOBRESALIENTE
59	Darwin Camacho Duarte		X	A	A	A					100%	Darwin C	A	A	A					100%	Darwin C	SOBRESALIENTE
60	Maria Jose Bothia	X		A	A	A					100%	Maria B	A	A	A					100%	Maria B	CONSTANTE
ASISTENCIA %											93%									91%		

CONVENCIONES	A ASISTIO			R LLEGADA TARDE			E EXCUSA			F NO ASISTIO	

FIRMA DEL INSTRUCTOR Jhon A Herrera

Powered by CamScanner

EL METODOLOGO PARA LOS SEMILLEROS DEPORTIVOS DE LOS MUNICIPIOS DE NUNCHIA, SAN LUIS DE PALENQUE, TRINIDAD, PORE, PAZ DE ARIPORO, HATO COROZAL, LA SALINA, SÁCAMA Y TÁMARA - INDERCAS

CERTIFICA Y/O DEJA CONSTANCIA QUE:

Que el señor, **JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN,** identificado con cedula de ciudadanía número 1118559153 de Yopal, dio cumplimiento a las obligaciones contractuales técnicas y metodológicas del contrato de prestación de servicios No 0243-2022, por el periodo comprendido entre el **17/**01**/202**3 **al 16/0**2**/2023**, como monitor para los semilleros deportivos del municipio de La Salina en la modalidad de Fútbol de Salón, en el proyecto denominado: 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.

Que las actividades fueron realizadas conforme a las obligaciones pactadas en el contrato. Para efectos de pago No 3 de 7.

La anterior se expide a los dos (02) días del mes de marzo de 2023.

LUCY ESTRITH SUÁREZ PÉREZ
Metodólogo

	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD DEPORTES POBLACIÓN BENEFICIADA		POBLACION BENEFICIADA FO-M-DRA-10 04/05/2022 Version 02

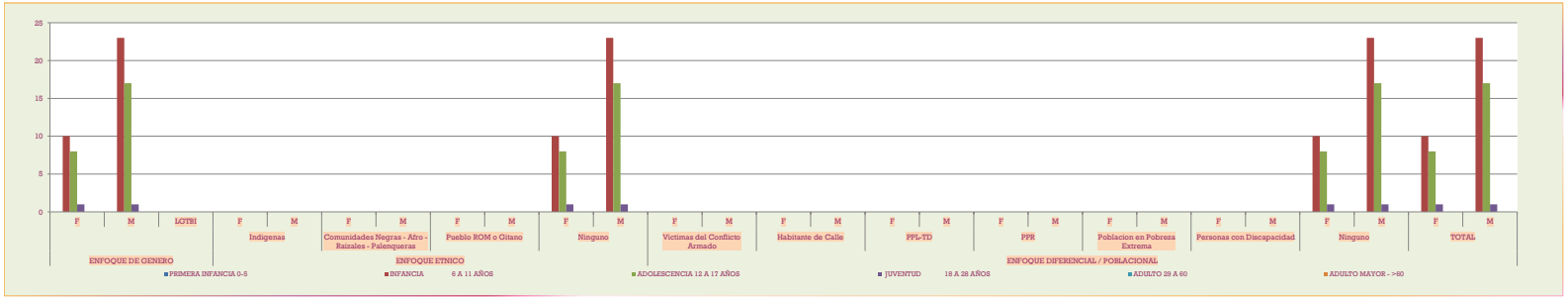
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

PERIODO: 17/01/2023 a 16/02/2023 | MUNICIPIO: SÁCAMA | SEDE DE TRABAJO: COLISEO CENTRAL

TELEFONO: 320 242 2306 | CORREO ELECTRONICO: JAME230@HOTMAIL.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	33	0	10	23	0	0	0	0	0	0	0	10	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	23	10	23	**33**
ADOLESCENCIA 12 A 17 AÑOS	25	0	8	17	0	0	0	0	0	0	0	8	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	17	8	17	**25**
JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	**2**
ADULTO 29 A 60	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**
ADULTO MAYOR - >60	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**
TOTALES	**60**	**0**	**19**	**41**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**19**	**41**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**19**	**41**	**19**	**41**	**60**



FIRMA : Jhon Alexander Merchan

NOMBRES Y APELLIDOS: JHON ALEXANDER MERCHAN

	SISTEMA DE GESTIÓN - CALIDAD DEPORTES POBLACIÓN BENEFICIADA	POBLACION BENEFICIADA FO-M-DRA-10 04/05/2022 Version 02

BASE DE DATOS

CONTRATO No: 0243	FECHA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2022	OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPRTIVOS ES LOS SEMILLEROS ESTABLECIDOS EN LOS PROYECTOS: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACION AL DEPORTE, LA RECREACION Y LA ACTIVIDAD FISICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y
NOMBRES Y APELLIDOS: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN	N° CELULAR: 3203599155	DEPORTE: FÚTBOL DE SALÓN
MES DE INFORME: 17/01/2023 A 16/02/2023	MUNICIPIO: SÁCAMA	CORREO ELECTRONICO: JAME230@HOTMAIL.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	Cristian Amaya Jimenes	1052844773	5/06/2013	9				X					X							X	X	
2	Juan Pablo Casallas Bothia	1118146533	14/12/2013	9				X					X							X	X	
3	Javier Orlando Gomez Riscaneo	1118146563	16/04/2013	9				X					X							X	X	
4	Hector David Isquierdo Pinilla	1118146511	7/06/2013	9				X					X							X	X	
5	Felipe Cantor Mendivelso	1057595797	22/04/2012	10				X					X							X	X	
6	Felipe Preciado Hernandez	1145426050	23/05/2013	9				X					X							X	X	
7	Critian David Torres Ortega	1118146567	6/06/2014	8				X					X							X	X	
8	Jhon Arley Valderrama	1118146410	2/10/2010	12				X					X							X	X	
9	Erik Julian Blanco	1222115566	21/07/2013	9				X					X							X	X	
10	Andres Felipe Lizarazo	1118146472	28/04/2012	10				X					X							X	X	
11	Harol Samuel Lizarazo	1118146474	29/04/2012	10				X					X							X	X	
12	Juan Angel Barrera Toscano	1118146572	5/07/2014	8				X					X							X	X	
13	Miguel Angel Botia Carrillo	1118146588	15/02/2015	8				X					X							X	X	
14	Valeria Gualdron Pico	1222116523	30/10/2013	9			X						X							X	X	
15	Franlin Damian Baez Cerinza	1048822760	12/05/2012	10				x					x							x	x	
16	Evelin Tatiana Cañas Cerinza	1048822716	23/04/2013	9			x						x							x	x	
17	Poveda Daniel Andres	1145326145	11/03/2015	7				x					x							x	x	
18	Javier Mora	1031652716	16/04/2007	15				x					x							x	x	
19	Wilder Niño	1118146224	27/11/2007	15				X					X							X	X	
20	Carlos Nossa	1118146164	22/01/2007	16				X					X							X	X	
21	Julian Nieto	1118146157	6/12/2006	16				X					X							X	X	
22	Giovani Carreño	1116040584	30/08/2007	15				x					x							x	x	
23	Diana Quintero Riaño	1116020386	1/06/2012	10			x						x							x	x	
24	kaaren Pinilla	1022934775	11/06/2005	17			x						x							x	x	
25	karina Lagos	1188146055	22/02/2005	18			X						X							X	X	
26	Juan Manuel Carrillo Murcia	1222115959	9/09/2013	9				x					x							x	x	
27	Marol Luciana Carreño Gutierrez	1115864061	10/04/2015	7			x						x							x	x	
28	Camila Sanabria Roballo	1029656849	9/05/2011	11			x						x							x	x	
29	Juan David Estrada	1029042389	7/09/2005	17				x					x							x	x	

30	Ronald Carvajal	1118146174	28/01/2007	16				x					x								x	x	
31	Wilson Cañas	1048821131	1/02/2006	17				x					x								x	x	
32	Jonathan Cantor	1118146339	9/09/2006	16				x					x								x	x	
33	Juan Cañas	1123435290	2/01/2007	16				x					x								x	x	
34	Haither Lagos	1118146119	30/09/2006	16				x					x								x	x	
35	Juber Rodriguez	1118146195	5/04/2007	15				x					x								x	x	
36	Sara barrera	1050603423	25/05/2006	16				x					x								x	x	
37	Jonathan Layton	1118536569	19/02/2005	18				x					x								x	x	
38	Carolina Melgarejo	1118540652	3/04/2007	15			x						x								x	x	
39	Sandra Riscanevo	1118146104	1/05/2006	16			x						x								x	x	
40	Valery Rodriguez	1053443737	23/11/2006	16			x						x								x	x	
41	Zamary Guzman	1116855422	11/08/2005	17			x						x								x	x	
42	Sharick Izquierdo	1118146094	1/06/2005	17			x						x								x	x	
43	Yudith Izquierdo	1118146096	26/01/2006	17			x						x								x	x	
44	Karol Parra	1118146397	10/07/2010	12			x						x								x	x	
45	Emanue Torres	1118146569	4/02/2017	6				x					x								x	x	
46	Dana Sofia Pico	1116042021	10/02/2012	11			x						x								x	x	
47	Dilan Darvey Riscanevo	1222124508	9/01/2016	7				x					x								x	x	
48	Dylan Yecid Melo	1222125661	3/05/2016	6				x					x								x	x	
49	Daniel Snatiago Bothia	1118146610	15/01/2016	7				x					x								x	x	
50	Sareth Bothia	1118146564	9/03/2013	9			x						x								x	x	
51	Maria Lucian Montoya	1115862739	4/02/2014	9			x						x								x	x	
52	Felipe Estupiñan	1122653465	11/02/2015	8				x					x								x	x	
53	Ever Vaez	1116020208	8/12/2007	15				x					x								x	x	
54	Elkin Carvajal	1118146105	21/05/2006	16				x					x								x	x	
55	Nicolas Ceballos	1029649840	12/12/2008	14				x					x								x	x	
56	Dylan Estaban Poveda	1115864076	19/04/2015	7				x					x								x	x	
57	Nicolas Santiago Adame	1118146579	8/10/2014	8				x					x								x	x	
58	Maria Jose Carrillo	1222115960	9/09/2013	9			x						x								x	x	
59	Darwin Camacho Duarte	1118146411	21/05/2012	10				x					x								x	x	
60		1115803237	28/07/2014	8			x						x								x	x	
61				-																			
62				-																			
63				-																			
64				-																			
65				-																			
66				-																			
67				-																			

FIRMA : _____

NOMBRES Y APELLIDOS JHON ALEXADNER MERCHAN

RELACIÓN FICHAS - SEMILLERO FUTBOL DE SALÓN - MUNICIPIO DE SACAMA

N°-	MOMBRE Y APELLIDOS	N° D.I.	FECHA DE NACIMIENTO
1	Cristian Amaya Jimenes	1052844773	5/06/2013
2	Juan Pablo Casallas Bothia	1118146533	14/12/2013
3	Javier Orlando Gomez Riscaneo	1118146563	16/04/2013
4	Hector David Isquierdo Pinilla	1118146511	7/06/2013
5	Felipe Cantor Mendivelso	1057595797	22/04/2012
6	Felipe Preciado Hernandez	1145426050	23/05/2013
7	Critian David Torres Ortega	1118146567	6/06/2014
8	Jhon Arley Valderrama	1118146410	2/10/2010
9	Erik Julian Blanco	1222115566	21/07/2013
10	Andres Felipe Lizarazo	1118146472	28/04/2012
11	Harol Samuel Lizarazo	1118146474	29/04/2012
12	Juan Angel Barrera Toscano	1118146572	5/07/2014
13	Miguel Angel Botia Carrillo	1118146588	15/02/2015
14	Valeria Gualdron Pico	1222116523	30/10/2013
15	Franlin Damian Baez Cerinza	1048822760	12/05/2012
16	Evelin Tatiana Cañas Cerinza	1048822716	23/04/2013
17	Poveda Daniel Andres	1145326145	11/03/2015
18	Javier Mora	1031652716	16/04/2007
19	Wilder Niño	1118146224	27/11/2007
20	Carlos Nossa	1118146164	22/01/2007
21	Julian Nieto	1118146157	6/12/2006
22	Giovani Carreño	1116040584	30/08/2007
23	Diana Quintero Riaño	1116020386	1/06/2012
24	kaaren Pinilla	1022934775	11/06/2005
25	karina Lagos	1188146055	22/02/2005



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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Cristian Fabian Amaya		
Edad: 9	Fecha de Nacimiento: 11-01-2014	Documento de identidad: 1052 844 773
Direccion: Calle 2b # 11-16		Telefonos: 312 427 1781
Colegio: ITAN	Grado: 4	Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad:	Categoria:	Modalidad:
futbol de salón	Sácama	Infant. I	F. Salón
Entrenador: Jhon Medran	Telefonos: 320 249 2306	Correo Electronico: Jame230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupacion:
Deisy Rocio Amaya		Docente
Telefonos: 312 427 1719	Correo Electronico:	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Deisy Rocio Amaya		Ocupacion: Docente
Telefonos: 312 427 1781	Correo Electronico:	
Firma del entrenador: Jhon M		Firma del padre de familia: Deisy Roño

4


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.082.844.773
AMAYA JIMENEZ
CRISTIAN FELIPE
Felipe Amaya


11-ENE-2014
DUITAMA
11-ENE-2032
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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1052844773
NOMBRES	CRITIAN FELIPE
APELLIDOS	AMAYA JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	DUITAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:14:03	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:	Sácama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:**	Jhon M	
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:**	Instructor	

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

Nombres:	Deissy Raquel			**Apellidos:**	Amaya.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC** X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1 052 381 116			**Expedido en:**	Duitama		
Fecha de Nacimiento:				**N° Celular:**	312 427 1781		
Dirección de Residencia:	Sacama Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sácama		
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:	Felipe Amaya.			**Apellidos Deportista:**	Amaya.
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I** X		**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 052 844 473			**Expedido en:**	Sacama
Fecha de Nacimiento:	11-01-14			**N° Celular:**	-
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:	-				
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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 [X]

_____

_____

_____

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Felipe Amaya. 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	Deissy R Amaya	
NOMBRES Y APELLIDOS:		

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Juan pablo Casallas		
Edad: 9	Fecha de Nacimiento: 14 - 12 - 2013	Documento de Identidad: 1 118 146 523
Dirección: Centro		Teléfonos: 322 832 9889
Colegio: TITAN	Grado: 4°	Correo Electrónico: —

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Cluster:	Categoria:	Modalidad:
f. de Salon	Sácamo	Infantil	f. Salon
Entrenador: Jhon Machan	Teléfonos: 3202922306	Correo Electronico: Jarne230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupación:
Sandra Milena Bothia	ama de casa.
Teléfonos: 322 832 9889	Correo Electronico: —
Nombre Papa: Guillermo Casallas	Ocupacion: Docente
Teléfonos:	Correo Electronico:
Acudiente: Sandra Milena Bothia	Ocupacion: ama de casa
Teléfonos: —	Correo Electronico: —

Firma del entrenador: Jhon Machan

SANDRA BOTHIA
Firma del padre de familia


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.118.146.533
CASALLAS BOTHIA
APELLIDOS
JUAN PABLO
NOMBRES
Juan casallas
FIRMA



fiduprevisora S.A.
SUS MANOS DIFERENCIA

MINISTERIO DE
EDUCACIÓN NACIONAL
República de Colombia

No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL AFILIADO	DISCAPACIDAD
1116148533	JUAN PABLO CASALLAS BOTHIA	NINGUNA

D CONTRATISTA	CENTRO DE ATENCIÓN BÁSICA FAMILIAR
PICDL SALUD 2012	SOCIEDAD CLINICA CASANARE LTDA - YOPAL

	CIUDAD	TELÉFONOS
E SU CITA MÉDICA EN	Yopal	01-8000-912335

Línea de Atención al Usuario de la Fiduprevisora
Bogotá 5940184
y en el Resto del país a la línea 018000919015
www.fomag.gov.co

La utilización de este carné es personal e intransferible

1. El modelo de atención para los usuarios del magisterio es a través de su médico familiar, por lo tanto acuda inicialmente a su centro de atención básica familiar asignado.
2. El Régimen de excepción no contempla copagos, cuotas moderadoras ni preexistencias.
3. En caso de urgencias acuda a la Red Nacional de Urgencias de prestadores del Magisterio.
4. **Este carné es válido en todo el territorio Nacional y su presentación no es requisito indispensable para acceder al servicio de salud.**

Nota: Por favor informe a su Entidad Contratista en caso de cambio de número telefónico y/o dirección de correspondencia.

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Usuario: 5300870 - Bogotá DC
Línea Gratuita Nacional: 018000916383

Escaneado con CamScanner

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:	Sacama	**RESPONSABLE**		**NOMBRE:**	Jhon M
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**		**CARGO:**	Instructor

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

Nombres:	Sandra M				**Apellidos:**	Bothia.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1 118 146 482				**Expedido en:**	Sácama		
Fecha de Nacimiento:	22/03/93				**N° Celular:**	322 832 7884		
Dirección de Residencia:	Centro							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sácama		
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:	Juan Pablo			**Apellidos Deportista:**	Casallas
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 118 146 533			**Expedido en:**	Tota
Fecha de Nacimiento:	14-12-07			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sácama
Actividad a desempeñar:	Deportista				

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 [X]

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

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Juan P Cugallar 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:	SANDRA BOTHIA.	

(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 CABAÑARE

DEPARTAMENTO CABAÑARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Javier Orlando Gomez Riscanevo		
Edad: 9	Fecha de Nacimiento: 16/04/2014	Documento de Identidad: 1 118 146 563
Direccion: Cll 1a 17-89		Telefonos: —
Colegio: I.T.A.	Grado: 4°	Correo Electronico: —

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: futbol de Salón	Semillero / Ciudad: Sácama	Categoria: infantil	Modalidad: F salón
Entrenador: Jhon M	Telefonos: 310 242 2306	Correo Electronico: jame230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Blanca yolima Riscanevo		Ocupacion: ama de casa
Telefonos: —	Correo Electronico: —	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Blanca yolima Riscanevo		Ocupacion: ama de casa
Telefonos: —	Correo Electronico: —	

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: Blanca yolima Riscanevo


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.118.146.563
GOMEZ RISCANEVO
APELLIDOS
JAVIER ORLANDO
NOMBRES
Javier Gomez M.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-2014
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-ABR-2032
A+
M
FECHA DE VENCIMIENTO
G.S. R
SEXO
16-ABR-2021 SACAMA
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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1118146563
NOMBRES	JAVIER ORLANDO
APELLIDOS	GOMEZ RISCANEVO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	19/09/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/24/2023 11:37:08	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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Blanca Yulima			**Apellidos:**	Riscanevo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 118 146 494				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	20/01/93				**N° Celular:**	321 355 3142	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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			**Apellidos Deportista:**	Gomez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 118 146 563				**Expedido en:**	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	16/04/19				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Javier Rascarello 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 Yolima R	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Blanca Yolima R	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 02 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Hector David Izquierdo		
Edad: 10	Fecha de Nacimiento: 07-06-13	Documento de identidad: 1 115 146 611
Dirección: Vereda Quebrada Negra		Telefonos: 322 268 2091
Colegio: ITAN	Grado: 4	Correo Electronico: —

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
Futbol de salón	Sácama	Infantil	F. Salón
Entrenador: Jhon M	Telefonos: 320 242 2306	Correo Electronico: Jarve250@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupacion:
marian consuelo Pinilla	hogar de casa
Telefonos: 3 22168 2091	Correo Electronico: —
Nombre Papa: Nestor izquierdo	Ocupacion: Oficios varios
Telefonos:	Correo Electronico:
Acudiente: marian consuelo pinilla	Ocupacion: hogar de casa
Telefonos:	Correo Electronico:
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia: marian consuelo pinilla.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.118.146.511
ISQUIERDO PINILLA
HECTOR DAVID
David Isquierdo


FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-2013
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
07-JUN-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
18-NOV-2020 SACAMA
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	1118146511
NOMBRES	HECTOR DAVID
APELLIDOS	ISQUIERDO PINILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	07/06/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/24/2023 11:40:10 | **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. 844.003.345-1

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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA:		**CARGO:** Instructor.	

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

Nombres:	Miriam			**Apellidos:**	Consuelo Pinilla.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1229 572			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	23/06-86			**N° Celular:**	322 288 1704		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Hector David			**Apellidos Deportista:**	Izquierdo
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1118 146 511			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	7-06-13			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de David Ignacio. 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:	miriam Consuelo P.	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:
Felipe Cantor Mendivelso

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
11	28-07-12	1 057 595 747

Direccion: Cr 16 # 7a - 15

Telefonos:

Colegio: I.T.A.N

Grado: 4

Correo Electronico: —

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
futbol de Salón	Sacama	Infantil	F. Salón

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon Medran	3202422206	Jamezs@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Mary Luz Mendivelso

Ocupacion: Ama de casa.

Telefonos: —

Correo Electronico: —

Nombre Papa: —

Ocupacion: —

Telefonos: —

Correo Electronico: —

Acudiente: Mary Luz Mendivelso

Ocupacion: Ama de casa.

Telefonos: —

Correo Electronico: —

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: Mary Luz


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.057.595.797
CANTOR MENDIVELSO
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
28-JUL-2012
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
22-ABR-2021 SACAMA
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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1057595797
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	CANTOR MENDIVELSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	23/06/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/24/2023 11:42:09 | **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 feches 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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Mary luz			**Apellidos:**	Mendivelso		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 054 278 860				**Expedido en:**	Chita	
Fecha de Nacimiento:	12-09-80				**N° Celular:**	313 382 4891	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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:	Felipe				**Apellidos Deportista:**	Cantor M	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 057 595 797				**Expedido en:**	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	28-07-2012				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Felipe Cantor 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	Mary Luz	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Mary Luz	

(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. 844001341-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Felipe Prado Hernandez		
Edad: 09	Fecha de Nacimiento: 31-07-13	Documento de Identidad: 1145416050
Dirección: -		Teléfonos: -
Colegio: I.T.A.M	Grado: 5	Correo Electrónico: -

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad:	Categoria:	Modalidad:
futbol de Salón	Sacama	Infantil	F-S
Entrenador:	Teléfonos:	Correo Electrónico:	
Jhon M	320 2422306	jame220@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupacion:
Fernanda Hernandez	Independiente
Teléfonos: -	Correo Electrónico: -
Nombre Papa:	Ocupacion:
Teléfonos:	Correo Electrónico:
Acudiente: Fernanda Hernandez	Ocupacion: Independiente
Teléfonos: 323 8207344	Correo Electrónico: -
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.145.426.050
PRECIADO HERNANDEZ
APELLIDOS
JHOAN FELIPE
NOMBRES
Felipe H.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-2012
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
31-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
B+
G S RH
M
SEXO
16-SEP-2019 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

P-4881500-01106783-M 1145426050-20191030 0068566386A 1 52827693

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	1145426050
NOMBRES	JHOAN FELIPE
APELLIDOS	PRECIADO HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/01/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/24/2023 11:44:15 | **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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** John N
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor

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

Nombres:	Fernanda			**Apellidos:**	Hernandez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 057 583 070			**Expedido en:**	Tame		
Fecha de Nacimiento:	11-02-92			**N° Celular:**	323 207 3143		
Dirección de Residencia:							
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama		
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:	Felpe			**Apellidos Deportista:**	hernandez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**		
N° de Documento:	1145 926 650			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	21-07-2012			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama		
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844003.345-1

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Felipe Hernandez 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:	Fernanda Hernandez	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Cristian David Torres		
Edad: 8	Fecha de Nacimiento: 6-6-14	Documento de Identidad: 1 118 146 567
Dirección: Centro		Teléfonos:
Colegio: I TAN	Grado: 3°	Correo Electrónico: -

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoría:	Modalidad:
Fútbol de Salón	Sácama	Infantil	F-5
Entrenador: Jhon M	Teléfonos: 320 242 2306	Correo Electrónico: Jame230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mamá:		Ocupación:
Adriana Marcela Ortega		Auxiliar Administrativa
Teléfonos: 312 6085876	Correo Electrónico: -	
Nombre Papá: Humberto Torres		Ocupación: Oficios Varios
Teléfonos: 310 263 3799	Correo Electrónico:	
Acudiente:		Ocupación: -
Teléfonos: -	Correo Electrónico: -	
Firma del entrenador: Jhon M		Edy Humberto Torres Firma del padre de familia


REGISTRADURÍA
CONTR
FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA


12 JUL 2021
1.110.140.589
4 PRIMERA VEZ TI
TORRES ORTEGA
CRISTIAN DAVID
SACAMA (CASANARE)
SACAMA(CASANARE)
06 JUN 2014
55482738

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	1118146569
NOMBRES	CRISTIAN DAVID
APELLIDOS	TORRES ORTEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/24/2023 11:46:11 | **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:	Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**		**NOMBRE:**	Jhon M
FECHA:	22-11-22			**CARGO:**	Instructor

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

Nombres:	Edy humberto			**Apellidos:**	Torres		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
	100252						
N° de Documento:	1002826528			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	30-05-95			**N° Celular:**	320 263 3799.		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama		
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:	Cristian			**Apellidos Deportista:**	Torres		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**		
N° de Documento:	1 118 146 567			**Expedido en:**	Sacama		
Fecha de Nacimiento:	06-06-14			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Cristian Torres 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	Humberto Torres	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Humberto Torres	

(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 844000341-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 27-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Jhon Arley Valtenama.		
Edad: 12	Fecha de Nacimiento: 02-10-2010	Documento de Identidad: 1 118 146 410
Dirección: Centro		Teléfonos:
Colegio: I TAN	Grado: 7°	Correo Electrónico: 311 449 6662

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoría:	Modalidad:
futbol de Salon	Sacama	Infantil	FS
Entrenador: Jhon M	Teléfonos: 320 247 2306	Correo Electrónico: Jamezo@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupación:
Yeni Milena Botia Correa		Independiente
Teléfonos: 311 449 6662	Correo Electrónico:	
Nombre Papa:		Ocupación:
Teléfonos:	Correo Electrónico:	
Acudiente: Yeni Milena Botia		Ocupación: Independiente
Teléfonos:	Correo Electrónico:	
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia:	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.118.146.410
VALDERRAMA BOTIA

APELLIDOS

JHON ARLEY

NOMBRES

Jhon valderrama

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-2010

SACAMA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-OCT-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

M
SEXO

10-OCT-2017 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

I-4501500-00067762-M-1118146410-20180416 0060869462G 2 48620862

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	1118146410
NOMBRES	JHON ARLEY
APELLIDOS	VALDERRAMA BOTIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

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	30/05/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/24/2023 11:47:49 | **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: Sácama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Yeni Milena				**Apellidos:**	Bolaños		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1118 146 995				**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	02-10-99				**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sácama		
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:	Jhon Riley			**Apellidos Deportista:**	Bolaños.	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**TI**	x	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 118 146 410			**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	02-10-10			**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro					
Correo electrónico:						
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportista.					

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:

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Jhon A Mathus 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:	Yenni Milena B.	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Erick Johan Blanco.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
9	21-07-13	T 1222115566

Direccion: Cra 9 # 3-39

Telefonos: 310 292 5335

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I TAN	4°	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
futbol de Salon	Sácama	Infantil	F-S

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon M	320 492 2306	Jame 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Angie Katherine Carrillo

Ocupacion: Ama de casa.

Telefonos: 310 292 5335

Correo Electronico:

Nombre Papa: Jais Dario Blanco

Ocupacion: -

Telefonos: -

Correo Electronico: -

Acudiente: Agie Katherine Carrillo

Ocupacion: Ama de casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: Angie E. Carrillo S.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.222.115.566
BLANCO CARRILLO

APELLIDOS
ERICK JULIAN

NOMBRES
Erick Blanco

FIRMA



21-JUL-2013
FECHA DE NACIMIENTO
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
21-JUL-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
M
09-NOV-2020 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1222115566
NOMBRES	ERICK JULIAN
APELLIDOS	BLANCO CARRILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	04/02/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 08:42:08	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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor

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

Nombres:	Angie K.				**Apellidos:**	Carrillo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1 053 361 041				**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	13-03-93				**N° Celular:**	310 242 5359		
Dirección de Residencia:	Centro							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Erick Alan				**Apellidos Deportista:**	Blanco.	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 227 715 566				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	21-07-2013				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
No. 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			
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	Angie K. Carrillo	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Angie K. Carrillo	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Andres Felipe Marato.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
10	29/04/12	1 118 146 472.

Direccion: Centro

Telefonos: —

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
IEAN	6°	—

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
futbol de salon	Sácama	Infantil	F.S

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon Medran	320 242 2306	Jamc230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Milena Barrera — Ocupacion: Ama de casa

Telefonos: 320 202 8764 — Correo Electronico: —

Nombre Papa: — Ocupacion:

Telefonos: — Correo Electronico:

Acudiente: Milena Barrera — Ocupacion: Ama de casa

Telefonos: 320 202 8764 — Correo Electronico: —

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: MPlena Barrera


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.118.146.472
LIZARAZO BARRERA
ANDRES FELIPE


28-ABR-2012
SACAMA
(CASANARE)
28-ABR-2030
B+
M
25-MAY-2019 PAZ DE ARIPORO (CASANARE)

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	1118146472
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	LIZARAZO BARRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/11/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 08:43:47	**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: Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Carlos			**Apellidos:**	Izquierdo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 116 856 654				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	05-11-78				**N° Celular:**	320 201 8765	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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:	Felipe			**Apellidos Deportista:**	Izquierdo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 118 146 472				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	28-04-12				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leido la presente declaración, acepto la participación de Felipe Navarro 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	Milena Barrera	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Milena Barrera	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Hard Samuel Lizarazo.		
Edad: 11	Fecha de Nacimiento: 29-04-2011	Documento de Identidad: 1 118 146 478
Direccion: Carrera 10 # 3-88		Telefonos: —
Colegio: I.E.A.N	Grado: 7°	Correo Electronico: —

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Seminario / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
Futbol de salon	Sucarna	Infantil	F.S
Entrenador: Jhon Medran	Telefono: 320 242 2305	Correo Electronico: Jame230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupacion:
Carmen Rosa Lizarazo Niño		Ama de casa.
Telefonos: 321 440 2714	Correo Electronico:	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Carmen Rosa Lizarazo		Ocupacion: Ama de Casa.
Telefonos: 321 440 2714	Correo Electronico: —	
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia: Carmen Rosa L.	


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.118.148.474
LIZARAZO NIÑO
HAROLD SAMUEL
Samuel L. Lizarazo


29-ABR-2012
SACAMA
(CASANARE)
29-ABR-2030
A+
M
21-MAY-2019 SACAMA

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	1118146474
NOMBRES	HAROLD SAMUEL
APELLIDOS	LIZARAZO NIÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	03/05/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/28/2023 08:44:55	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: Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Carmen			**Apellidos:**	Rosa Linarez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	24 006 181				**Expedido en:**	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	21 - 07 - 79				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama	
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:	Harold			**Apellidos Deportista:**	Linarez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 118 196 474				**Expedido en:**	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	29 - 04 - 2012				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama	
Actividad a desempeñar:	Deportista						

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.

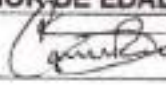
Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Harold Linares 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 leido 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:	CARMEN ROSA L.	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



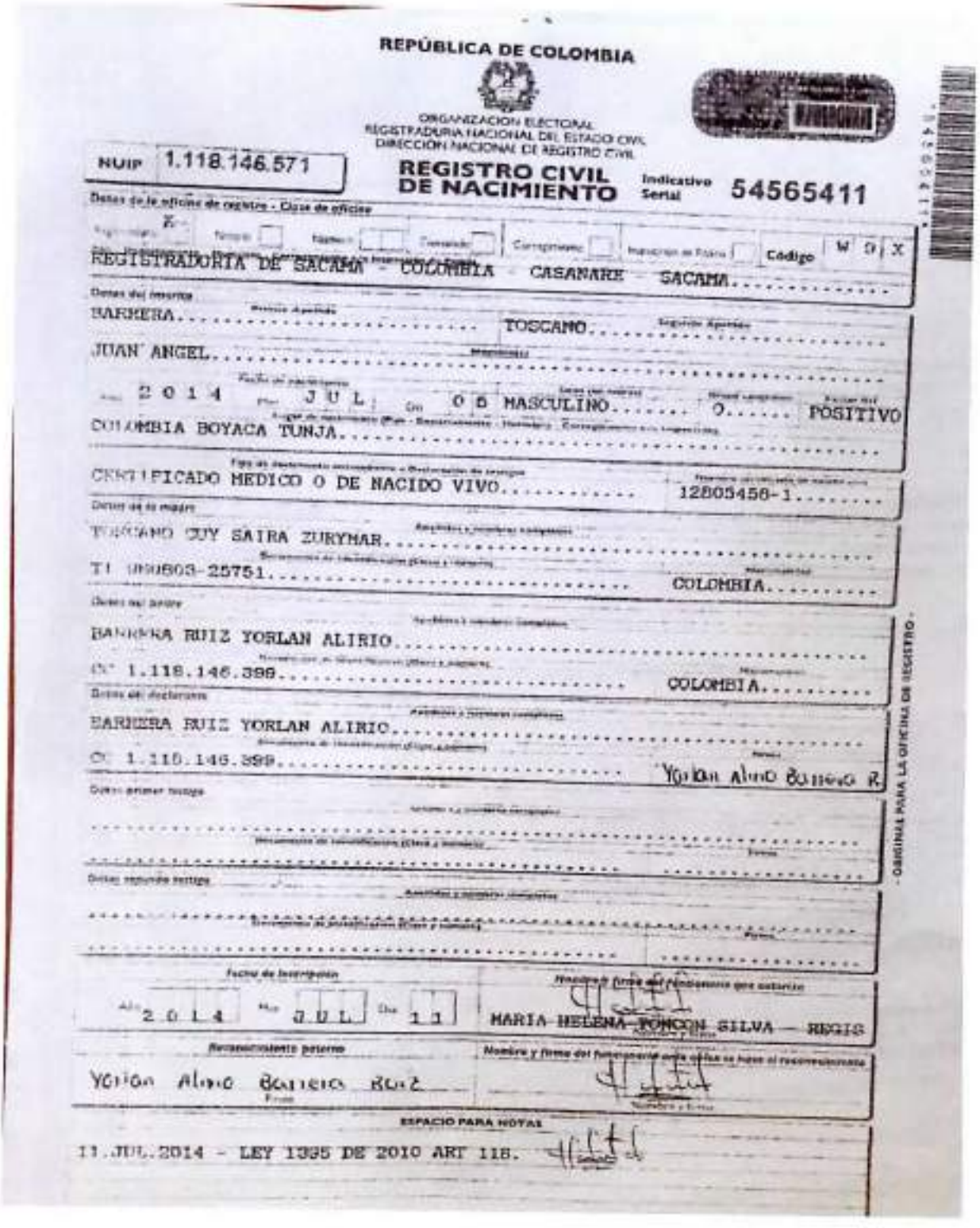
Nombre:		
Juan Angel Barrera Tascano		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
8	05/07/2014	1 118 146 872
Direccion:		Telefonos:
Calle 8 # 7 - 42		—
Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I.E.A.N	Tercero	—

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
Futbol de Salon	Sabanera	Infantil	F-S
Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:	
Jhon M	320 242 2306	jame 230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:
Nombre Papa:	Ocupacion:
Jorlan Aluio Barrera	instructor deportes
Telefonos:	Correo Electronico:
313 807 7451	—
Acudiente:	Ocupacion:
Yorlan Barrera	instructor deportes
Telefonos:	Correo Electronico:
313807 7751	
Firma del entrenador / Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia / Firma del padre de familia: Yorlan Barrera



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.118.146.571

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54565411

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Código W 0 X

REGISTRADORIA DE SACAMA - COLOMBIA - CASANARE - SACAMA

Datos del inscrito

BARRERA — TOSCANO

JUAN ANGEL

2014 JUL 05 MASCULINO O POSITIVO

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — 12805456-1

Datos de la madre

TOSCANO CUY SAIRA ZURYMAR

TI 990603-25751 — COLOMBIA

Datos del padre

BARRERA RUIZ YORLAN ALIRIO

CC 1.118.146.399 — COLOMBIA

Datos del declarante

BARRERA RUIZ YORLAN ALIRIO

CC 1.118.146.399 — Yorlan Alirio Barrera R.

Datos primer testigo

Datos segundo testigo

Fecha de inscripción

2014 JUL 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARIA HELENA PONCON SILVA — REGIS

Reconocimiento paterno

Yorlan Alirio Barrera Ruiz

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

11-JUL-2014 - LEY 1335 DE 2010 ART 11B.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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	1118146571
NOMBRES	JUAN ANGEL
APELLIDOS	BARRERA TOSCANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	12/12/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 08:56:09	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. 844.001.345-1

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:	Sácama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon H
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor

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

Nombres:	Yolan			**Apellidos:**	Barrera		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 118 196 599			**Expedido en:**	Sácama.		
Fecha de Nacimiento:	12-03-92			**N° Celular:**	313 809 7750		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sácama.		
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:	Juan Angel			**Apellidos Deportista:**	Barrera
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 118 196 572			**Expedido en:**	Sácama
Fecha de Nacimiento:	05-07-19			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sácama
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Juan Angel Barrera 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	Yolan Barrera.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yolan Barrera.	

(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 CABANARE

DEPARTAMENTO CABANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 26 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



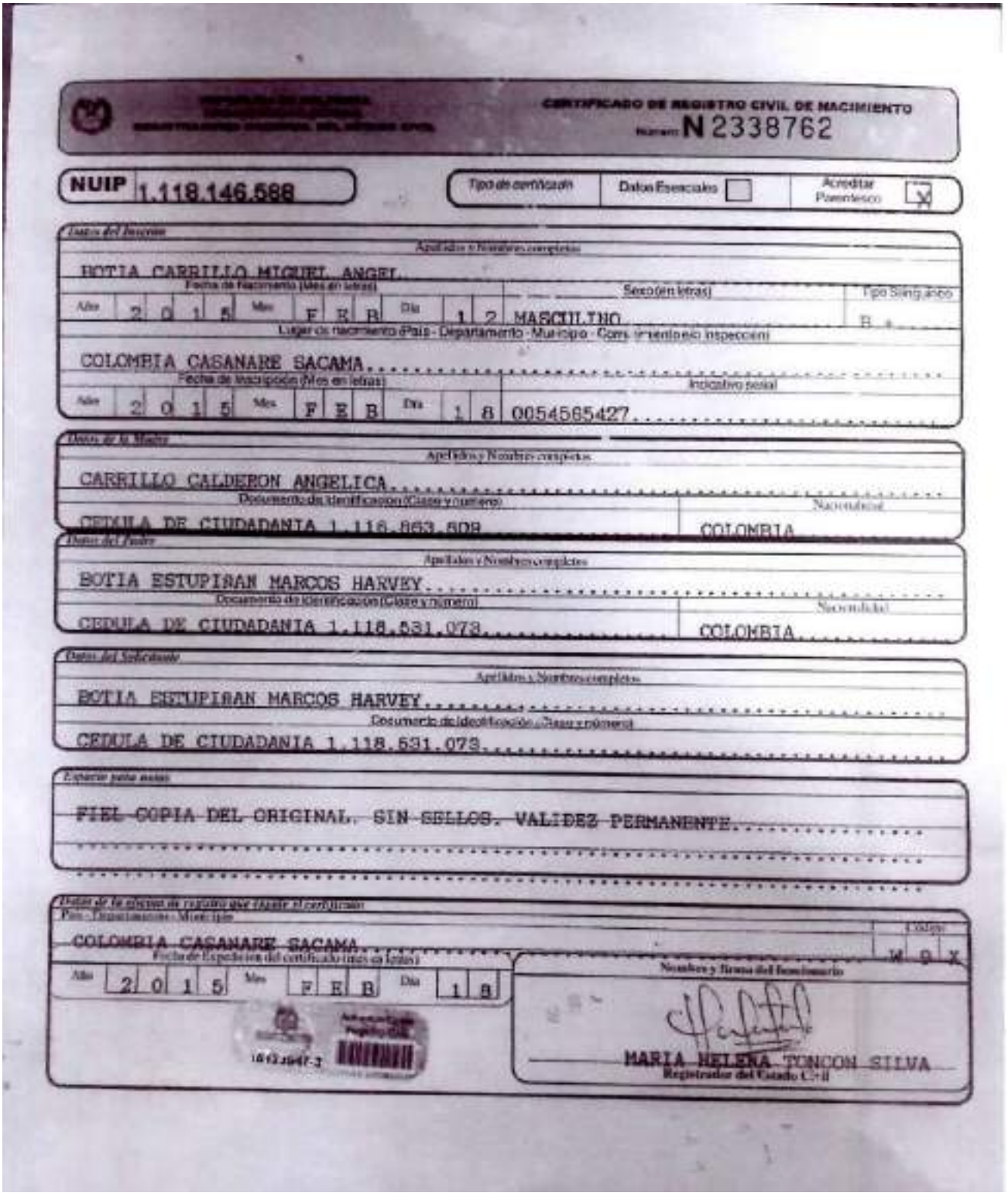
Nombre:		
Miguel Angel Bolaa		
Edad: 8	Fecha de Nacimiento: 15 - 02 - 2015	Documento de Identidad: 1 118 146 558
Dirección: Carrera 10 # 3 - 57		Telefonos: 3144688982
Colegio: I.E.A.N	Grado: 1°	Correo Electronico: -

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F-S	Socama	Infantil	F-S
Entrenador: Jhon Nadran	Telefonos: 320 242 2306	Correo Electronico: Jamerop@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupacion:
Angelica Carrillo		Ama de casa.
Telefonos: 314 468 8982	Correo Electronico: —	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Angelica Carrillo		Ocupacion: Ama de Casa.
Telefonos: 314 468 8982	Correo Electronico:	
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia:	



CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N 2338762

NUIP 1.118.146.588

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

BOTIA CARRILLO MIGUEL ANGEL

Fecha de Nacimiento (Día en letras)

Año 2015 Mes FEB Día 12

Sexo (en letras): MASCULINO

Tipo Sanguíneo: B +

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

COLOMBIA CASANARE SACAMA

Fecha de Inscripción (Día en letras)

Año 2015 Mes FEB Día 18

Indicativo serial: 0054565427

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CARRILLO CALDERON ANGELICA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.116.863.508

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

BOTIA ESTUPIÑAN MARCOS HARVEY

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.531.073

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

BOTIA ESTUPIÑAN MARCOS HARVEY

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.531.073

Espacio para notas

FIEL COPIA DEL ORIGINAL. SIN SELLOS. VALIDEZ PERMANENTE.

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA CASANARE SACAMA

Fecha de Expedición del certificado (Día en letras)

Año 2015 Mes FEB Día 18

Código: W 0 X

Nombre y firma del funcionario

MARIA HELENA TONCON SILVA

Registrador del Estado Civil

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	1118146588
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	BOTIA CARRILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	18/02/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 08:58:57	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
No. 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: Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Angelica			**Apellidos:**	Carrillo		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1118 537 093				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	20-02-85				**N° Celular:**	320 2368280	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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:	Miguel A			**Apellidos Deportista:**	Botia.
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 118 146 558			**Expedido en:**	Sacama
Fecha de Nacimiento:	15-02-2015			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.001.325-1

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Juan Angel Baca. 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:	Angelica Cuello	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Valeria Goldan Pico

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
9	30 - 10 - 2013	1 222 116 523

Direccion:	Telefonos:
Centro	310 460 9884

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I. E. A. N	4°	—

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F.S	Sácama	Infantil	F.S

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon Merchan	320 292 2305	Jume 230 @ hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupacion:
Deicy Mora	Ama de casa

Telefonos:	Correo Electronico:
310 490 9889	

Nombre Papa:	Ocupacion:

Telefonos:	Correo Electronico:

Acudiente:	Ocupacion:
Yuly Pico Mora	Oficios Varios

Telefonos:	Correo Electronico:
315 236 2930	-

Firma del entrenador:	Firma del padre de familia:
Jhon M	Deicy Mora R.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.222.116.523
GUALDRON PICO
VALERIA
Valeria Gualdron


30-OCT-2013
YOPAL
(CASANARE)
30-OCT-2031
O+
F
17-NOV-2020 SACAMA

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	1222116523
NOMBRES	VALERIA
APELLIDOS	GUALDRON PICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

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	01/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/28/2023 09:06:07	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

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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor

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

Nombres:	Yoly			**Apellidos:**	Pico		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 33 2 2426			**Expedido en:**	Chita.		
Fecha de Nacimiento:				**N° Celular:**	310 460 9584		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Valeria			**Apellidos Deportista:**	Gualdron
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 221 116 523			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	30-10-13			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Valeria Gualtron Pico 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	Yuly Pico Mora.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yuly Pico Mora.	

(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 RECREACION DEL CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Franklin Damian Baez.		
Edad: 10	Fecha de Nacimiento: 27-09-2013	Documento de Identidad: 1048 822 760
Direccion: Centro		Telefonos: 320 315 6684
Colegio: I.E.A.N	Grado: 5°	Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F.S	Sácama	Infantil	F.S
Entrenador: Jhon Nedran	Telefonos: 320 242 2305	Correo Electronico: Jamezzo@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupacion:
Sara Cerinza		Independiente
Telefonos: 320 315 6684	Correo Electronico: -	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Sara Cerinza.		Ocupacion:
Telefonos: 320 315 .6684	Correo Electronico: -	

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: Sara Cerinza


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.048.822.760
BAEZ CERINZA
APELLIDOS
FRANKLIN DAMIAN
NOMBRES
Franklin Ceriza
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-2013
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
07-JUN-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
18-NOV-2020 SACAMA
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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1048822760
NOMBRES	FRANKLIN DAMIAN
APELLIDOS	BAEZ CERINZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	LA SALINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	08/03/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 09:07:43	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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Sara			**Apellidos:**	Cerinza.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1002269897				**Expedido en:**	Chita	
Fecha de Nacimiento:	11-02-90				**N° Celular:**	320 315 684	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare.				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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:	franklin			**Apellidos Deportista:**	Baez Cerinza.
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1048827760			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	27-04-13			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare.			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844001 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 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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Franklin Damian Baez. 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	Sara Carina.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Sara Carina.	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:
Evelin Tatiana Cerra

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
10	09-02-2013	1045822 716

Dirección: Carrera. 15 # 1-14
Teléfonos: 3135467486.

Colegio: I.E.A.N
Grado: 5°
Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoría:	Modalidad:
F.S	Sácama	Infantil	F.S

Entrenador: Jhon Merchan
Teléfonos: 3202922306
Correo Electrónico: —

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mamá: Amparo Cerrra Baez
Ocupación: Ama de casa.
Teléfonos: 3135467486
Correo Electrónico:

Nombre Papá:
Ocupación:
Teléfonos:
Correo Electrónico:

Acudiente: Amparo Cerrra
Ocupación: Ama de casa.
Teléfonos: 313 546 7486
Correo Electrónico:

Firma del entrenador: Jhon M
Firma del padre de familia: Amparo Cerrra



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.048.822.716
CAÑAS CERINZA

APELLIDOS
EVELIN TATIANA

NOMBRES

Evelin Cañas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-FEB-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
03-MAR-2020 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
O+
G S RH
SEXO
P-4881500-01146057-F-1048822716-20200710
00711976436 1

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	1048822716
NOMBRES	EVELIN TATIANA
APELLIDOS	CAÑAS CERINZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/05/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/28/2023 09:26:06	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

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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon N
FECHA:	12 - 11 - 22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor.

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

Nombres:	Amplio			**Apellidos:**	Cerinza Baez.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1048821217			**Expedido en:**	Chita.		
Fecha de Nacimiento:	19 - 08 - 76			**N° Celular:**	313 546 3486		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sácama		
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:	Evelin Tatiana			**Apellidos Deportista:**	Cañas		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1048 827 2716			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	09 - 02 - 2013			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacm.		
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Evelin Tatiana Cañas 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	AMPARO CEDEÑO	
NOMBRES Y APELLIDOS:	AMPARO CEDEÑO.	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:
Poveda Daniel Andres.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
10	11-03-15	1145 326 145

Direccion:	Telefonos:
Centro	-

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I.E.A.N	5°	-

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F-S	Sácama	Infantil	F-S

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon N	320 2427356	Jamez3c@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupacion:

Telefonos:	Correo Electronico:

Nombre Papa:	Ocupacion:
Andres Gonzalez	Agricultor

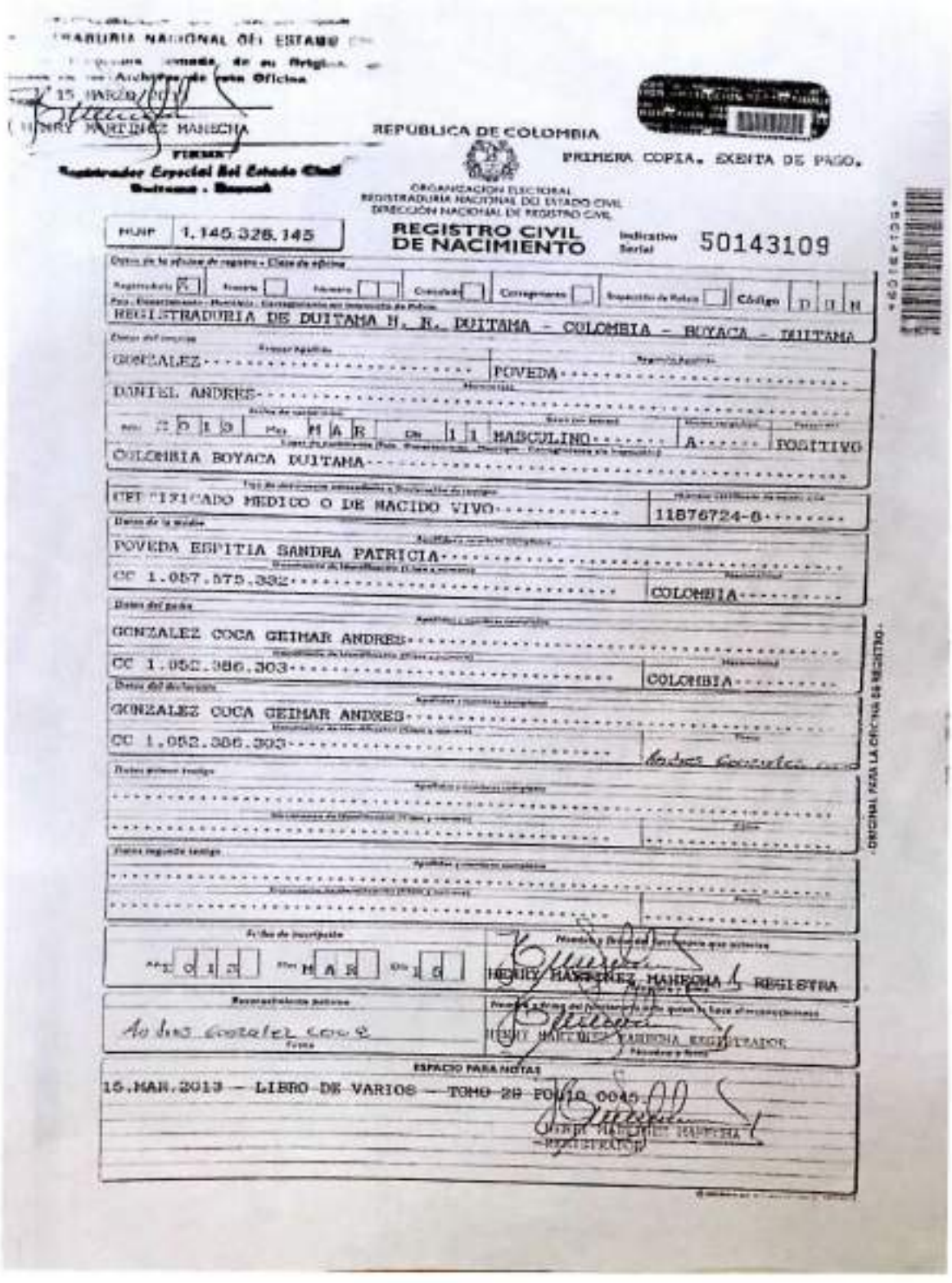
Telefonos:	Correo Electronico:
-	

Acudiente:	Ocupacion:
Andres Gonzalez	Agricultor.

Telefonos:	Correo Electronico:

Firma del entrenador: Jhon H

Firma del padre de familia:



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO
Archivo de esta Oficina
15 MAR 2013
HENRY MARTINEZ MANRIQUE
FIRMA
Registrador Especial del Estado Civil
Duitama - Boyacá

REPUBLICA DE COLOMBIA

PRIMERA COPIA. EXENTA DE PAGO.

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

NUIP 1.145.328.145

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50143109

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 1 1 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE DUITAMA B. E. DUITAMA - COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

Datos del inscrito
Primer Apellido: GONZALEZ
Segundo Apellido: POVEDA
Nombre(s): DANIEL ANDRES
Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 3 Mes M A R Día 1 1
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía): COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11876724-8

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: POVEDA ESPITIA SANDRA PATRICIA
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.057.575.332
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: GONZALEZ COCA GEIMAR ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.052.386.303
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: GONZALEZ COCA GEIMAR ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.052.386.303
Firma: Geimar Gonzalez Coca

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción: Año 2 0 1 3 Mes M A R Día 1 5
Nombre y firma del funcionario que autoriza: HENRY MARTINEZ MANRIQUE REGISTRADOR

Reconocimiento paterno
Firma: Geimar Gonzalez Coca

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: HENRY MARTINEZ MANRIQUE REGISTRADOR

ESPACIO PARA NOTAS
15.MAR.2013 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 29 FOLIO 0045.
HENRY MARTINEZ MANRIQUE
REGISTRADOR

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

E0161755

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	1145326145
NOMBRES	DANIEL ANDRES
APELLIDOS	GONZALEZ POVEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:14:03	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

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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor

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

Nombres:	Andres G			**Apellidos:**	Gonzalez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 052 386 303			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	12-07-89			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare.			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Daniel Andres			**Apellidos Deportista:**	Poveda.
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 195 326 145			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	11-03-15			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare.			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Daniel Andres Gonzalez 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 Gonzalez.	

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Javier Mora.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
16	16-04-2007	1031652716

Dirección: Centro

Telefonos: 3142925233

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I.E.A.N	10°	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
FS	Sácama	Juvenil	FS

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon M	320 242 2306	Jamez80@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Liliana Patricia Bohorquez — Ocupacion: Agricultora

Telefonos: 314 242 5233 — Correo Electronico: -

Nombre Papa: Hanson Libardo Mora — Ocupacion: Agricultor

Telefonos: — Correo Electronico:

Acudiente: Liliana Bohorquez — Ocupacion: Agricultor

Telefonos: 314 242 -5233 — Correo Electronico: -

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.031.652.716

MORA BOTIA

APELLIDOS

JAVIER ARLEY

NOMBRES

Javier Arley Mora

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-2007

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-ABR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G.S. RH

M SEXO

14-MAY-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-4681500-00648951-M-1031652716-20141129 0041523349A 2 41573177

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	1031652716
NOMBRES	JAVIER ARLEY
APELLIDOS	MORA BOTIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	04/10/2010	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:16:01	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

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: Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Jilian Patricia			**Apellidos:**	Bohra.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	63540342				**Expedido en:**	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	07-08-85				**N° Celular:**	3142475237	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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			**Apellidos Deportista:**	Mora.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1031652716				**Expedido en:**	Sácama	
Fecha de Nacimiento:	16-04-2007				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Javier Mora. 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	Juliana Patiño Bastia	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Juliana Patiño Bastia.	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:		
Wilfer Yesid Nieto Zambrano		
Edad: 15	Fecha de Nacimiento: 7-11-2007	Documento de Identidad: 1118146224
Dirección: Centro		Telefonos:
Colegio: F.E.A.N	Grado: 9°	Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F.S	Sácama	Juvenil	F.S
Entrenador: Jhon M	Telefonos: 320 242 2306	Correo Electronico: jaime230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:		Ocupacion:
Elsa Milena Zambrano		Ama de Casa
Telefonos: 310 226 1872	Correo Electronico:	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Elsa Milena Zambrano		Ocupacion: Ama de Casa
Telefonos: 310 226 1872	Correo Electronico:	

Firma del entrenador: Jhon M

Elsa Milena Zambrano
Firma del padre de familia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.118.146.224

NIÑO ZAMBRANO

APELLIDOS

WILDER YESID

NOMBRES

wilder niño

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-2007

SACAMA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-NOV-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

03-FEB-2015 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-4681500-00729393-M-1118146224-20150605 0045802256A 1 43624741

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	1118146224
NOMBRES	WILDER YESID
APELLIDOS	NIÑO ZAMBRANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	05/12/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:17:50	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. 844.001.395-1

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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Juan M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Elsa Milena			**Apellidos:**	Zambrano		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 118 146 424			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	21-03-80			**N° Celular:**	310 226 1871		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Wilder			**Apellidos Deportista:**	Niño		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 118 146 224			**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	7-11-07			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.		
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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 [X]

_____
_____
_____

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Wilder Niño 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	Elsa Milena Zambrano	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Elsa Milena Zambrano	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:
CARLOS JULIO NOSSA.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
16	22-01-2007	1 118 146 164

Direccion: Centro

Telefonos: 390 453 8270

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
I.E.AN	10°	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F.S	Sacama	Juvenil	F.S

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon M	320 242 2306	Jume230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Nidia Constanza Martinez
Ocupacion: Ama de casa

Telefonos: 320 453 8270
Correo Electronico:

Nombre Papa:
Ocupacion:

Telefonos:
Correo Electronico:

Acudiente: Nidia Constanza Martinez
Ocupacion: Ama de casa

Telefonos: 320 453 8270
Correo Electronico:

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.118.146.164
NOSSA MARTINEZ
APELLIDOS
CARLOS JULIO
NOMBRES
carlos Nossa
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
SACAMA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
22-ENE-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
21-MAR-2014 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
M 1118146164 20141129

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	1118146164
NOMBRES	CARLOS JULIO
APELLIDOS	NOSSA MARTINEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/02/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:20:11	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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Nidia Constanza			**Apellidos:**	Martinez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	21522807				**Expedido en:**	Chita	
Fecha de Nacimiento:	15-04-70				**N° Celular:**	320 451 8270	
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
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:	Carlos Julio			**Apellidos Deportista:**	Nossa.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1 118 146 164				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	22-01-07				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare.				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportista.						

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 [X]

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

Nº	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Carlos Julio Nosse 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:		

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 27-11-22

FOTO



DATOS PERSONALES

Nombre: Julian Nieto Muñoz.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
16		1 118 196 157.

Dirección: Vereda Quebrada Negra

Teléfonos: 314 430 8674

Colegio: I.E.A.P

Grado: 8°

Correo Electrónico: -

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoría:	Modalidad:
F.S	Sácama	Juvenil	FS

Entrenador:	Teléfonos:	Correo Electrónico:
Jhon M	320 242 2306	Jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupación:
Ingrid Muñoz	Madre cabeza de hogar

Teléfonos:	Correo Electrónico:
314 430 0674	

Nombre Papa:	Ocupación:
Julian Nieto	Ganadero

Teléfonos:	Correo Electrónico:

Acudiente:	Ocupación:
Ingrid Muñoz	Madre Cabeza de hogar

Teléfonos:	Correo Electrónico:
-	-

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.118.146.157
NIETO MUÑOZ

APELLIDOS
RONAL JULIAN

NOMBRES



Julián Nieto Muñoz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-2006
SACAMA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-DIC-2024
FECHA DE VENCIMIENTO
10-FEB-2014 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

B+
G.S. RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL



P-4081500-0064851-M-1118146157-20141129 0041523459A 2 41573137

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	1118146157
NOMBRES	RONAL JULIAN
APELLIDOS	NIETO MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	06/12/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:21:32	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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Ligier			**Apellidos:**	Muñoz		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	24 066 172			**Expedido en:**	Sacama		
Fecha de Nacimiento:	6-12-06			**N° Celular:**			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama		
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:	Julian			**Apellidos Deportista:**	Nieto.
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 118 146 157			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	6-12-06			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Julian Nieto 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:		

(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 RECREACION DE CASANARE

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombres: Kolfer Giovanny Carreño Bothia.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
17	30/08/2006	1 116 040 584

Direccion: Centro

Telefonos:

Colegio: I. E. A N

Grado: 11°

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad	Categoria:	Modalidad:
F.S	Sácama	Juvenil	FS

Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:
Jhon M	320 242 2306	Jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Gloria Esperanza Bothia

Ocupacion: Ama de Casa.

Telefonos: 311 215 9817

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupacion:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente: Gloria Esperanza Bothia.

Ocupacion: Ama de Casa

Telefonos: 311 215 9817

Correo Electronico:

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia: Gloria B.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.116.040.584**

CARREÑO BOTHIA

APELLIDOS

ROLFER GIOVANNY

NOMBRES

Giovanny Carreño

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-2006**

PORE
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-AGO-2024 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

27-ENE-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4681500-00648951-M-1116040584-20141129 0041523381A 5 41573131

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	1116040584
NOMBRES	ROLFER GIOVANNY
APELLIDOS	CARREÑO BOTHIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

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	01/07/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:23:17	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

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: Sácama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Gloria Esperanza				**Apellidos:**	Bolhica.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	x	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1056 552 135				**Expedido en:**	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	11-02-88				**N° Celular:**	311 2159816		
Dirección de Residencia:	Centro							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.		
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:	Pedro Giovanny			**Apellidos Deportista:**	Carreño
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	x	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 116 040 584			**Expedido en:**	Sacama.
Fecha de Nacimiento:	30/09/2006			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Ruth Yer Garcia 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	Gloria B	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Gloria B	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22 - 11 - 23

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre:
Diana Quintero Ruño.

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad:
11	1 - 6 - 12	1 116 020 386

Dirección:	Teléfonos:
Centro	

Colegio:	Grado:	Correo Electrónico:
I. E. D. N	6°	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Sembrado / Ciudad	Categoría:	Modalidad:
F-S	Sácama	Infantil	F-S

Entrenador:	Teléfonos:	Correo Electrónico:
Jhon M	3202922306	Jume230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupación:
Maria Isabel Ruño	Ama de Casa

Teléfonos:	Correo Electrónico:

Nombre Papa:	Ocupación:

Teléfonos:	Correo Electrónico:

Acudiente:	Ocupación:
Maria Isabel Ruño	Ama de Casa.

Teléfonos:	Correo Electrónico:
-	-

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre de familia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.116.020.386
QUINTERO RIAÑO
APELLIDOS
DINA FERNANDA
NOMBRES



Dina Fernanda
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-2012
LA SALINA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-JUN-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
16-JUL-2019 LA SALINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G.S. RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4540000-80116773-F-1116020386-20190113 0000[illegible] 52619538

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	1116020386
NOMBRES	DINA FERNANDA
APELLIDOS	QUINTERO RIAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	LA SALINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/06/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:25:04	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: Sacama	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jhon M	
FECHA: 22-11-22		**CARGO:** Instructor	

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

Nombres:	Mara Isabel			**Apellidos:**	Riaño		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 116 020 053				**Expedido en:**	Salina.	
Fecha de Nacimiento:	23-07-81				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama	
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:	Diana			**Apellidos Deportista:**	Quintero Riaño
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1 116 020 386			**Expedido en:**	Salina.
Fecha de Nacimiento:	01-06-12			**N° Celular:**	
Dirección de Residencia:	Centro				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Sacama.
Actividad a desempeñar:	Deportista.				

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 [X]

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

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Diana Quintero. 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	María Isabel Riaño	
NOMBRES Y APELLIDOS:	María Isabel Riaño	

(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

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

FOTO



Nombre: Karen Pinilla Castro		
Edad: 17	Fecha de Nacimiento: 11/06/2005	Documento de Identidad: 1022934775
Direccion: Calle 3 N° 16-14		Telefonos: 321 215 5073
Colegio: I.E.A.N	Grado: 11°	Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: F.S	Semillero / Ciudad: Sasanare	Categoria: Juvenil	Modalidad: F.S
Entrenador: Jhon M	Telefonos: 320 241 2305	Correo Electronico: Jaime230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Mary luz pinilla Castro		Ocupacion: Ama de casa.
Telefonos:	Correo Electronico:	
Nombre Papa:		Ocupacion:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Acudiente: Mary luz pinilla Castro		Ocupacion: Ama de casa.
Telefonos: 321 215 5073	Correo Electronico: mary.pinilla.1985@hotmail.com	
Firma del entrenador: Jhon M	Firma del padre de familia:	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.022.934.775
PINILLA CASTRO
APELLIDOS
KAREN JOHANNA
NOMBRES

Karen Johanna
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2005
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-JUN-2023 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
07-NOV-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00428648-F-1022934775-20130320 0032560785A 1 1332105051

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	1022934775
NOMBRES	KAREN JOHANNA
APELLIDOS	PINILLA CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	SACAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/01/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/28/2023 10:29:17	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

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:	Sacama	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:**	Jhon M	
FECHA:	22-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:**	Instructor	

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

Nombres:	Luis Felipe			**Apellidos:**	Lagos		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1 119 544				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	11-09-83				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare.				**Municipio Residencia:**	Sácama	
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:	Karina			**Apellidos Deportista:**	Lagos		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cual?:**	
N° de Documento:	1 119 196 055				**Expedido en:**	Sacama.	
Fecha de Nacimiento:	22-02-06				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Sacama.	
Actividad a desempeñar:	Deportiste.						

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			
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Angie Karina Cacot 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	Luis Efren L.	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Luis Efren L.	

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

INDERCAS	SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD	CODIGO : RMDE20
	DEPORTES	FECHA: 15/08/2014
	HORARIO DE CLASE MONITORES	VERSIÓN: 02

MONITOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

ESCUELA: Semillero de Sácama	**DEPORTE: futbol de salon**
LUGAR: coliseo municipal	**PERIODO: DEL 17 DE ENERO 2022 AL 16 DE FEBRERO DE 2023**

HORA	CATEGORÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
2:00 a 4:00 pm	INFANTIL	x	x	x				
4:00 a 6:00 pm	SUB 12	x	x	x				
6:00 a 7:00 pm	JUVENIL	x	x	x				

HORARIOS CLASE JUNTA DE ACCION COMUNAL Y/O BARRIO

JUNTA DE ACCION COMUNAL Y/O BARRIO	DEPORTE	
SEDE	PERIODO	

HORA	LUGAR	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

Jhon Alexander Merchan

FIRMA DEL CONTRATISTA

DEPARTAMENTO	CASANARE			MUNICIPIO(S)	SÁCAMA		
NOMBRES Y APELLIDOS	JHON ALEXANDER MERCHAN			No. CÉDULA	1.118.559.153		
No. CONTRATO	243				17 DE NOVIEMBRE	PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (/)MESES
PERIODO DEL INFORME	17 DE ENERO AL 16 DE FEBRERO	INFORME	3 DE 7	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	2 DE MARZO DE 2022		
DATOS CONTACTO	TELEFONO CELULAR	3202422306		CORREO ELECTRONICO	JAME230@HOTMAIL.COM		

REGISTRO FOTOGRÁFICO



ACCION	AUMENTO DE CONSUMO DE VO2	FECHA	4/02/2023



ACCION	EJERCICIOS DE COORDINACION	FECHA	8/02/2023



ACCION	ENCUESTAS DE ACTIVIDAD FISICA	FECHA	10/02/2023



ACCION	CONDUCCION DE BALON ENTRE OPSTACULOS	FECHA	12/02/2023



ACCION	FEEBACK	FECHA	13/02/202



ACCION	INVITACION ESCUELA DE FORMACION	FECHA	15/02/2023

Jhon Alexander Merchan

INDERCAS

REGISTRO FOTOGRAFICO
FO-A-GCC-18
24-09-2018
Version 02

DEPARTAMENTO	CASANARE			MUNICIPIO(S)	SÁCAMA		
NOMBRES Y APELLIDOS	JHON ALEXANDER MERCHAN			No. CÉDULA	1.118.559.153		
No. CONTRATO	243			FECHA INICIO DE CONTRATO	17 DE NOVIEMBRE	PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (/)MESES
PERIODO DEL INFORME	17 DE ENERO AL 16 DE FEBRERO	INFORME	3 DE 7	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	2 DE MARZO DE 2022		
DATOS CONTACTO	TELEFONO CELULAR	3202422306		CORREO ELECTRONICO	JAME230@HOTMAIL.COM		

REGISTRO FOTOGRÁFICO



ACCION	REUNION DE PADRES DE FAMILIA	FECHA	18/01/2023



ACCION	VISITA METODOLOGO - ZONA 1	FECHA	23/01/2023



ACCION	EJERICIOS DE ELONGACION MUSCULAR	FECHA	25/01/2023



ACCION	REUNION CON METODOLOGO	FECHA	27/10/2023



ACCION	TRABAJOS DE VELOCIDAD DE REACCION	FECHA	30/01/2023



ACCION	PERFECCIONAMIENTO DE LA TECNICA DEL PASE	FECHA	1/02/2023

Jhon Alexander Merchan

EL SUSCRITO CONTRATISTA

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

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. 0243 de 2022 cuyo objeto es "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPRTIVOS ES LOS SEMILLEROS ESTABLECIDOS EN LOS PROYECTOS: 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 17 de ENERO del 2023 a 16 FEBRERO 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 Sácama, a los 2 días del mes de Marzo del 2023.

Firma:

Firma: Jhon Alexander Merchan _____

Nombre: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
No. Cédula: 1 118 559 153
No. Contacto: 320 242 23 06
Correo: jame230@hotmail.com
Contratista

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

CERTIFICADO DE DEDUCCIONES
FO-A-GFI-02
31/07/2019
Versión 01

Sácama, 2/03/2023

Señores
INDERCAS
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1 118 559 153 de Yopal 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 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** ☐

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 17/01/2023 y el 16/02/2023, de acuerdo con los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 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
1002457209	Yuri Lorena	Merchan	Estupiñan	hermana	23

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)	$ 185.600
2. Aportes obligatorios a salud. (Art. 56 Estatuto Tributario)	$ 145.000

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exenta, 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. 0243 de fecha 24/10/2022, fueron ejecutadas en el municipio de Sácama del Departamento de Casanare, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que puede modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
Cedula de Ciudadanía No. 1 118 559 153 de Yopal Casanare

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.000.345-1

CERTIFICADO DECRETO 1070
FO-A-GFI-08
27/04/2020
Versión 02

Sácama, 2/03/2023

Empresa INDERCAS

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN

Yo JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN, identificada con cédula de ciudadanía No. 1 118 559 153 expedida en Yopal - 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 ( )

Cordialmente



JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
C.C.1 118 559 153 de Yopal Casanare

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Agrario de Colombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1118559153
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPINAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SACAMA	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 3 N° 8 - 35	TELÉFONO:	3202422
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7865395843**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1882503321

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSC25	EPSC25-CAPRESOCA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MERCHAN ESTUPIÑAN JHON ALEXANDER, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No**.** 1118559153**,** se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS**,** número 4-861-02-02395-1 con la oficina Hato Corozal, en estado activa**,** con una antigüedad de CUATRO (4) año(s).

Se expide en HATO COROZAL**,** a los veinte y un (21) días del mes de agosto de 2020, con destino a: AL INTERESADO



DIRECTOR (A) OFICINA