

Sácama, 23 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. 4 de 7.

Cordial Saludo;

Por medio del presente me permito hacer entrega del cuarto (04) informe mensual de actividades, periodo comprendido entre el 17 de febrero y el 16 de marzo 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 DEPORTIVOS EN 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 DE ACTIVIDADES

FO-A-GCC-15

16/02/2022

Versión 04

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 4 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.

Sácama, 23 de Marzo del 2023.

Señor(a)

INES PATARROYO COMBITA

PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEPORTES

Supervisor

Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 4 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: 17/02/2023 hasta 16/03/2023.

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	23 de Marzo del 2023
PERIODO DE INFORME	17/02/2023 hasta 16/03/2023
NUMERO DE INFORME	4
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 9 No. 19-76
CIUDAD	YOPAL
TELEFONO MOVIL	3202422306
CORREO ELECTRÓNICO	jame230@hotmail.com
ADICION	
SUSPENSIÓN	

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 4 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 16/03/2023, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0243 presenta una ejecución del 57.14% 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
VALOR ACTA No. 3	\$1.477.206,00	\$0,00	\$1.477.206,00
PRESENTE ACTA	\$1.477.206,00	\$0,00	\$1.477.206,00
POR EJECUTAR	\$4.431.618,00		
TOTAL	\$10.340.442,00	\$0,00	\$5.908.824,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 4: \$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

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: Indercas instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 4 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.

objeto contractual. 8. 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. 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	ACTIVIDAD 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 realizó presentación ante la oficina de Deporte Municipal de la administración del Municipio de Sácamá el día 18 de noviembre de 2022. La convocatoria se llevó a cabo con apoyo de la oficina de deportes, invitación a los estudiantes de la Institución Educativa Antonio Nariño. Así mismo se convocó a los NN del municipio por medio de grupos de Whasatp, voz a voz. Actividad evidenciada en los informes anteriores	54.14
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 continúa con el 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 a cabo de lunes a viernes en horas de la tarde específicamente de 2 pm a 8 pm. las horas de la mañana son utilizados para desarrollar la planeación y cronogramas de las sesiones.	54.14
ACTIVIDAD 03. Presentar la programación de la sesión de clase y remitirlo al metodólogo asignado para tal fin, según los formatos establecidos.	Se realizó la respectiva programación de las sesiones de clase en los formatos establecidos, de la misma manera fueron enviados al metodólogo para la respectiva aprobación, correspondiente al periodo desde el 17 de febrero al 16 de marzo del 2023.	54.14
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	Ya fue desarrollada la primera reunión con padres de familia para la socialización de los objetivos del proyecto, las demás a la fecha no han sido desarrolladas.	33.33

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 4 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.

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.		
ACTIVIDAD 05. Asistir a las capacitaciones programadas en el cronograma del proyecto en temas relacionados a su deporte o con la investigación.	Se participo en la visita desarrollada por parte del metodólogo de la zona uno en el Municipio, en el cual pudo evidenciar el trabajo que se viene desarrollando con los NNA de Sácama.	54.14
ACTIVIDAD 06. Garantizar la cobertura mínima de beneficiarios establecida en el acta de iniciación del contrato.	Se viene conformando 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 febrero al 16 de marzo del 2023.	54.14
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 informacion entregada para el desarrollo del objeto contractual.	54.14
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 lleva 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 febrero al 16 de marzo del 2023.	54.14
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.	54.14
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,	En el presente informe no fui asignado para diligenciar o facilitar formatos para la entidad.	54.14

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



INFORME DE ACTIVIDADES

FO-A-GCC-15

16/02/2022

Versión 04

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 4 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 educacion formal o no formal, se realizara el reporte más adelante.	54.14
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.	54.14

F. OBSERVACIONES:

Atentamente,

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
Contratista

	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 FEBRERO	HASTA: 22 DE FEBRERO	LUGAR DE PRACTICA: COLISEO MUNICIPAL		
OBJETIVO TECNICO: Perfeccionar la tecnica de remate con las dos piernas					
CONTENIDOS TÉCNICOS		MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
remate entre parejas con distancias medias		dirigido	fragmentado	visual	90
remates con empeines		dirigido	global	visual	120
remates con finalizacion		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 potencia de miembros inferiores.					
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: 23 DE MARZO DE 2022

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
NOMBRE DEL CONSTRATISTA

	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: 27 DE FEBRERO	HASTA: 01 DE MARZO	LUGAR DE PRACTICA: COLISEO MUNICIPAL		
OBJETIVO TECNICO: Perfeccionar la tecnica del pase ademas de aumentar la fuerza y ubicación del remate.					
CONTENIDOS TÉCNICOS	MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN MIN	
remate entre opstaculos	balones y cono	analitico de desarrollo	test tecnico	90	
pases largos con empeine	Ejecucion de ejercicios con balon entre conos	analitico	Aptitudinal	90	
remates con ubicación de borde interno	platillos, conos y balones	global	Motriz	120	
pases largos 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 consumo de vo2					
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: 23 DE MARZO DE 2023


 JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
 NOMBRE DEL CONSTRATISTA

	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: 06 DE MARZO	HASTA: 08 DE MARZO	LUGAR DE PRACTICA: COLISEO MUNICIPAL		
OBJETIVO TECNICO: Perfeccionamiento de conduccion entre opstaculos					
CONTENIDOS TÉCNICOS		MEDIOS	METODOS	EVALUACION	VOLUMEN TRABAJO EN
zig- zag entre conos		balones, platillos y conos trabajos rapidos	analitico de desarrollo	test tecnico	90
salida desde portero con rivales sin movimiento		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 lactica					
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: 23 DE MARZO DE 2023

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
NOMBRE DEL CONSTRATISTA

	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: 13 DE MARZO	HASTA: 15 DE MARZO	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
repcion con pase de finalizacion	conos , platillos, aros	global	Fisica	90
OBJETIVO TACTICO: Perfeccionamiento 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	plimerico	test	90
INTERACCION SOCIAL DE VALORES				
ACTIVIDADES RECREATIVAS				
OBSERVACIONES				

FECHA DE PRESENTACIÓN: 23 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan

JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN
NOMBRE DEL CONSTRATISTA



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 FEBERO AL 16 DE MARZO MICROCICLO: CORRIENTE EDADES: 7 A 17 AÑOS

OBJETIVO : PRFECIONAR EL GESTO TECNICO DE REMATE Y CONDUCCION

CONTENIDOS					N° SEMANA
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	
REMATE CON EMPEINE A PORTERIA	DESARROLLO DE TRABAJO DE CONDUCCION DE BALÓN	REMATES CON BORDE INTERNO			1
PASES CON EMPEINE DE MANERA GRUPAL	CONDUCCION DE BALON ENTRE CONOS	CONDUCCION DE BALON CON FINALIZACION			2
JUEGOS PRE DEPORTIVOS	PERFECCINAMIENTO DEL GESTO TECNICO DE REMATE CON OPSTACULOS	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: 23 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan
FIRMA DEL CONSTRATISTA

	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 MARZO	HASTA: 16 DE ABRIL	
<p>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 construcción social en busca de una sociedad más sana y mas justa.</p>			
OBJETIVO MENSUAL. MEJORAR LAS CONDICIONES TECNICAS DEL DEPORTISTA			
CONTENIDOS			Nº SEMANA
TECNICOS	TACTICOS	FISICOS	
UBICACIÓN DENTRO DEL TERRENO DE JUEGO	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	SALIDAS RAPIDAS	1
SAQUES DE BANDA CON FINALIZACION	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	POTENCIA EN MIEMBROS INFERIORES	2
PASES Y RECEPCION ENTRE OPSTACULOS	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	VELOCIDAD CON CONDUCCION DE BALON	3
REMATES LARGOS	JUEGOS PRE DEPORTIVOS	JUEGOS EJEMPLIFICADOS	4
OTRAS ACTIVIDADES A REALIZAR			

FECHA DE INFORME: 23 DE MARZO DE 2023

Jhon Alexander Merchan
FIRMA DEL CONSTRATISTA



SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD

GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN

PLANILLA DE ASISTENCIA INSCRITOS

CODIGO	RAGC053
FECHA	10/02/2013
VERSION	01

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPANAN										
DEPORTE: FUTBOL DE SALON										
EJECUTIVO: 7 a 17 AÑOS										
SEMANA N° 1										
SEMANA N° 2										
OBSERVACIONES GENERALES										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										
DÍAS DE TRABAJO										
FIRMA DEPORTISTAS										
ASISTENCIA										

Transversal 18 No. 14 - 09 Tel. 6321316 - 6353638 Yopal, Casanare

Email: indercas@yahoo.com



SISTEMA DE GESTIÓN MECI - CALIDAD

GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN

PLANILLA DE ASISTENCIA INSCRITOS

CODIGO	RAGOC51
FECHA	10/02/2013
VERSION	01

NOMBRE DEL INSTRUCTOR: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPINAN

DEPORTE: FUTBOL DE SALON

EDADES: 7 a 17 AÑOS

SESIONES Y FECHAS										ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	DIAS DE TRABAJO							ASISTENCIA %	FIRMA DEPORTISTAS	OBSERVACIONES GENERALES	
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	F	M	1	6	7							8	13	14						
1	Cristian Amaya Jimenes		X		A	A	F					80%	Cristian A	A	A	F				80%	Cristian A	POCO COMPROMISO
2	Juan Pablo Casaslas Bothia		X		A	A	A					100%	Juan P	A	A	A				100%	Juan P	CONSTANTE
3	Javier Orlando Gomez Recaneo		X		A	A	A					100%	Javier	A	A	A				100%	Javier	CONSTANTE
4	Hector David Isquereo Pivila		X		F	A	A					80%	Hector I	F	A	A				80%	Hector I	SOBRESALIENTE
5	Felipe Cantor Mendivelac		X		A	F	A					80%	Felipe S	F	F	A				80%	Felipe S	POCO COMPROMISO
6	Felipe Preciado Hernandez		X		A	A	A					100%	Felipe P	A	A	A				100%	Felipe P	SOBRESALIENTE
7	Cristian David Torres Ortega		X		A	A	A					100%	Cristian	A	A	A				100%	Cristian	SOBRESALIENTE
8	Jhon Arley Valderrama		X		A	A	A					80%	Jhon A	A	A	A				80%	Jhon A	CONSTANTE
9	Erik Julian Blanco		X		A	A	A					100%	Erik J	A	A	A				100%	Erik J	DISCIPLINADO
10	Andres Felipe Lizarazo		X		F	A	A					80%	Andres F	F	A	A				80%	Andres F	CONSTANTE
11	Harold Samuel Lizarazo		X		A	A	F					80%	Harold S	A	F	F				80%	Harold S	POCO COMPROMISO
12	Juan Angel Barrera Toscano		X		A	A	A					100%	Juan A	A	A	A				100%	Juan A	CONSTANTE
13	Miguel Angel Bosa Camilo		X		A	A	A					100%	Miguel B	A	A	A				100%	Miguel B	CONSTANTE
14	Valeria Gualdron Pico	X			A	A	A					100%	Valeria G	A	A	A				100%	Valeria G	CONSTANTE
15	Francis Damian Baez Carinza		X		A	A	A					100%	Francis D	A	A	A				100%	Francis D	CONSTANTE
16	Evelin Tabara Caffas Carinza	X			A	F	A					80%	Evelin	A	F	A				80%	Evelin	POCO COMPROMISO
17	Poveda Daniel Andres		X		A	A	A					100%	Daniel P	A	A	A				100%	Daniel P	CONSTANTE
18	Javier Mora		X		A	A	A					100%	Javier M	A	A	A				100%	Javier M	SOBRESALIENTE
19	Wilder Nifo		X		A	A	A					100%	Wilder N	A	A	A				100%	Wilder N	CONSTANTE
20	Carlos Nossas		X		A	A	F					80%	Carlos	A	A	F				80%	Carlos	SOBRESALIENTE
21	Jukan Nieto		X		A	A	A					100%	Jukan N	A	A	A				100%	Jukan N	CONSTANTE
22	Giovani Carreño		X		A	A	A					100%	Giovani	A	A	A				100%	Giovani	CONSTANTE
23	Diana Quintero Ruffo	X			A	A	A					100%	Diana Q	A	A	A				100%	Diana Q	SOBRESALIENTE
24	Karen Pinilla	X			A	A	A					100%	Karen P	A	A	A				100%	Karen P	CONSTANTE
25	Karina Lagos	X			F	A	A					80%	Karina L	F	A	A				80%	Karina L	CONSTANTE
26	Juan Manuel Carrillo Muroa		X		A	A	A					100%	Juan C	A	A	A				100%	Juan C	SOBRESALIENTE
27	Harold Luciana Carreño Gubarez	X			A	A	A					100%	Harold L	A	A	A				100%	Harold L	SOBRESALIENTE
28	Camila Sanebla Robello	X			A	A	A					100%	Camila S	A	A	A				100%	Camila S	SOBRESALIENTE
29	Juan David Estrada		X		A	A	A					100%	Juan D	A	A	A				100%	Juan D	SOBRESALIENTE
30	Ronald Cervajal		X		A	A	A					100%	Ronald C	A	A	A				100%	Ronald C	CONSTANTE
31	Wilson Caffas		X		A	A	F					80%	Wilson C	A	A	F				80%	Wilson C	POCO COMPROMISO
32	Jonathan Cantor		X		A	A	A					100%	Jonathan C	A	A	A				100%	Jonathan C	CONSTANTE
33	Juan Caffas		X		A	A	A					100%	Juan C	A	A	A				100%	Juan C	CONSTANTE
34	Harther Lagos		X		F	A	A					80%	Harther L	F	A	A				80%	Harther L	SOBRESALIENTE

Transversal 18 No. 14 - 09 Tel. 6321316 - 6353638 Yopal, Casanare.

Email: indercas@yahoo.com

**CERTIFICACION**

FO-A-GDO-04

04-08-2017

Versión 02

**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 **17/02/2023 al 16/03/2023**, 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.

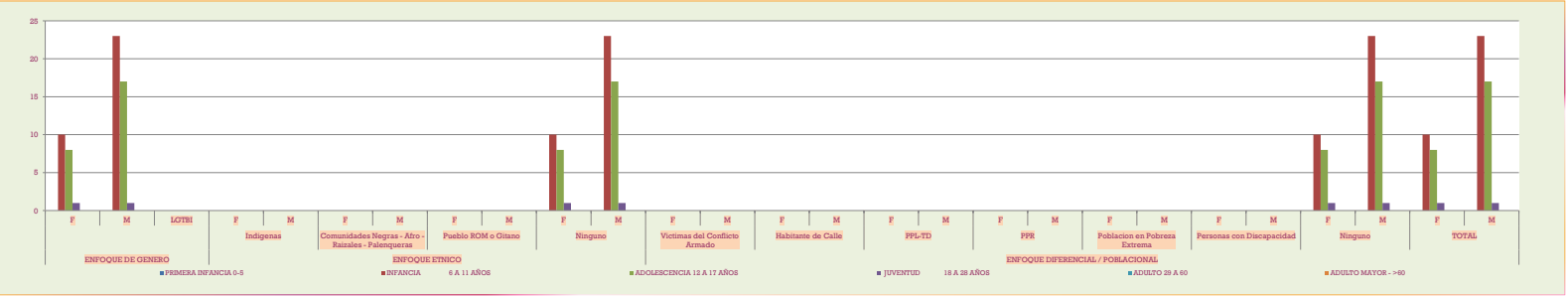
Que las actividades fueron realizadas conforme a las obligaciones pactadas en el contrato. Para efectos de pago No 4 de 7.

La anterior se expide a los 23 días del mes de marzo de 2023.

LUCY ESTRITH SUÁREZ PÉREZ

Metodólogo

	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD DEPORTES																				POBLACION BENEFICIADA													
	POBLACIÓN BENEFICIADA																																	
	NOMBRE DEL CONTRATISTA: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN																																	
PERIODO: 17 DE FEBERO AL 16 DE MARZO																MUNICIPIO: SÁCAMA								SEDE DE TRABAJO: COLISEO CENTRAL										
TELÉFONO: 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
								Indígenas		Comunidades Negras - Afro - Rurales - Palenqueras		Pueblo ROM o Gitano		Ninguno		Víctimas del Conflicto Armado		Habitante de Calle		PPLTD		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	0			
INFANCIA 6 A 11 AÑOS	33	0	10	23	0	0	0	0	0	0	0	0	10	23	0	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	0	8	17	0	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	0	1	1	0	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	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	0	0		
TOTALES	60	0	19	41	0	0	0	0	0	0	0	0	19	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	41	19	41	60		



FIRMA: 

NOMBRES Y APELLIDOS: JHON ALEXANDER MERCHAN

		SISTEMA DE GESTIÓN - CALIDAD DEPORTES										POBLACION BENEFICIADA											
		POBLACIÓN BENEFICIADA										POBLACION BENEFICIADA FO-M-DRA-10 04/05/2022 Version 02											
CONTRATO No: 0243		FECHA: 17 DE NOVIEMBRE DE 2022										BASE DE DATOS											
NOMBRES Y APELLIDOS: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN		N° CELULAR: 3203599155										OBJETIVO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES COMO MONITORES DEPORTIVOS EN 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											
MES DE INFORME: 17/02/2023 A 16/03/2023		MUNICIPIO: SÁCAMA										DEPORTE: FÚTBOL DE SALÓN											
NOTA: SIGLA PPL-TD : POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD												CORREO ELECTRONICO: JAMEZ30@HOTMAIL.COM											
SIGLA PPR: POBLACION EN PROCESO DE REINSECCION																							
N°	NOMBRE Y APELLIDOS	N° D.I.	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa	EDAD	TELÉFONO	E-MAIL	ENFOQUE DE GENERO			ENFOQUE ETNICO				ENFOQUE DIFERENCIAL / POBLACIONAL							SECTOR		
							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			
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 Mendiveiso	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 Gualdrón 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	8				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	

[illegible]

296				-																		
297				-																		
298				-																		
299				-																		
300				-																		

FIRMA : Jhon Alexadner Merchan

NOMBRES Y APELLIDOS JHON ALEXADNER MERCHAN

RELACIÓN FICHAS – SEMILLEROS FÚTBOL DE SALÓN – MUNICIPIO DE SÁCAMA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° D.I	FECHA DE NACIMIENTO
26	karina Lagos	1188146055	22/02/2005
27	Juan Manuel Carrillo Murcia	1222115959	9/09/2013
28	Marol Luciana Carreño Gutierrez	1115864061	10/04/2015
29	Camila Sanabria Roballo	1029656849	9/05/2011
30	Juan David Estrada	1029042389	7/09/2005
31	Ronald Carvajal	1118146174	28/01/2007
32	Wilson Cañas	1048821131	1/02/2006
33	Jonathan Cantor	1118146339	9/09/2006
34	Juan Cañas	1123435290	2/01/2007
35	Haither Lagos	1118146119	30/09/2006
36	Juber Rodriguez	1118146195	5/04/2007
37	Sara barrera	1050603423	25/05/2006
38	Jonathan Layton	1118536569	19/02/2005
39	Carolina Melgarejo	1118540652	3/04/2007
40	Sandra Riscanevo	1118146104	1/05/2006
41	Valery Rodriguez	1053443737	23/11/2006
42	Zamary Guzman	1116855422	11/08/2005
43	Sharick Izquierdo	1118146094	1/06/2005
44	Yudith Izquierdo	1118146096	26/01/2006
45	Karol Parra	1118146397	10/07/2010
46	Emanue Torres	1118146569	4/02/2017
47	Dana Sofia Pico	1116042021	10/02/2012
48	Dilan Darvey Riscanevo	1222124508	9/01/2016
49	Dylan Yecid Melo	1222125661	3/05/2016

50	Daniel Snatiago Bothia	1118146610	15/01/2016
51	Sareth Bothia	1118146564	9/03/2013
52	Maria Lucian Montoya	1115862739	4/02/2014
53	Felipe Estupiñan	1122653465	11/02/2015
54	Ever Vaez	1116020208	8/12/2007
55	Elkin Carvajal	1118146105	21/05/2006
56	Nicolas Ceballos	1029649840	12/12/2008
57	Dylan Estaban Poveda	1115864076	19/04/2015
58	Nicolas Santiago Adame	1118146579	8/10/2014
59	Maria Jose Carrillo	1222115960	9/09/2013
60	Darwin Camacho Duarte	1118146411	21/05/2012

Jhon Alexander Merchan



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
Nº. 914.002.943-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Ange Karina Lagos Gallo



Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

22-02-05

Documento de identidad:

1 118 146 055

Dirección:

Calle 3 # 18-65

Telefonos:

Colegio:

I.E.A.N

Grado:

11

Correo Electronico:

-

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

f.s

Semillero / Ciudad:

Sacama

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

f.s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3202422306

Correo Electronico:

Jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Barbara Gallo

Ocupación:

Amor de casa.

Telefonos:

320 512 6472

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Luis Efron Lagos

Ocupación:

Otros Varios

Telefonos:

314 284 9251

Correo Electronico:

Acudiente:

Luis Efron Lagos

Ocupación:

Otros Varios-

Telefonos:

314 284 9251

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M.

Firma del padre de familia

Luis Efron Lagos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.118.146.055**
LAGOS GALLO

APELLIDOS
ANGIE KARINA

NOMBRES
Angie Karina Lagos Gallo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-FEB-2005**
SACAMA
(CASANARE)
 LUGAR DE NACIMIENTO
22-FEB-2023
 FECHA DE VENCIMIENTO
02-MAR-2012 SACAMA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
 G S RH

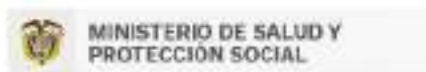
F
 SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GALLO GALLO



A-4001500-01000324-F-1118146055-20190727 0000034463A 1 50019647



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	1118146055
NOMBRES	ANGIE KARINA
APELLIDOS	LAGOS GALLO
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	22/03/2005	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:00:54 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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:	Sacame	RESPONSABLE	NOMBRE:
FECHA:	22-11-22	GRUPO:	CARGO:
			Infantil

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

Nombres:	Luis Efron	Apellidos:	Lugo
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☐ X CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	1 129541	Expedido en:	Sacame
Fecha de Nacimiento:	22-11-89	N° Celular:	314 289 9281
Dirección de Residencia:	Centro		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	Casanare	Municipio Residencia:	Sacame
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:	Angie Kauna	Apellidos Deportista:	Lugo
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☐ X RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	1 118 146 015	Expedido en:	Sacame
Fecha de Nacimiento:	22-02-05	N° Celular:	
Dirección de Residencia:			
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	Casanare	Municipio Residencia:	Sacame
Actividad a desempeñar:	Deportista		



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 Ange Kaura Lagos 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	<u>Luis Efraín Lagos</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Luis Efraín Lagos</u>	

(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
TEL. 044.503.345.1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Juan Manuel Carrillo Morúa.



Edad:

10

Fecha de Nacimiento:

9-9-12

Documento de identidad:

1 222 145 954.

Dirección:

Calle 4 # 7-48

Telefonos:

320 833 1457.

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

4º

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

F-5

Semillero / Ciudad

Sucuma

Categoría:

Infantil

Modalidad:

F-5

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320242 2306

Correo Electronico:

Jame 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Yolimar Morúa Pinilla.

Ocupación:

Amor de Casa.

Telefonos:

320 833 1457

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Alexander Carrillo

Ocupación:

vigilante

Telefonos:

310 588 5842

Correo Electronico:

Acudiente:

Yolimar Morúa Pinilla.

Ocupación:

Telefonos:

320 833-1457

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.222.115.959**
CARRILLO MURCIA

APELLIDOS
JUAN MANUEL

NOMBRES
Juan carrillo M
 FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-2013**
YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO
09-SEP-2031

FECHA DE VENCIMIENTO
22-OCT-2020 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

B+ **M**
 G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 ALEXANDER VEGA ROCHA



P-4081500-0118000-M-1222115959-20201216 0072042592A 1 55-488538



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	1222115959
NOMBRES	JUAN MANUEL
APELLIDOS	CARRILLO MURCIA
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	29/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:01:46 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Juan M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Infantil</u>

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

Nombres:	<u>Yolima</u>			Apellidos:	<u>Morales</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE		Otro, cual:		
Nº de Documento:	<u>1 033 328 654</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>18-02-90</u>			Nº Celular:	<u>320 833 1957</u>		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:	<u>Centro</u>						
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
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:	<u>Juan M</u>			Apellidos Deportista:	<u>Carrillo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC		Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
Nº de Documento:	<u>1 222 115 954</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>09-09-13</u>			Nº Celular:	<u>-</u>		
Dirección de Residencia:							
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Juan N. Carrillo 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
Nº. 844.071.345.1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Marisol Lucreia Canoño Gutierrez

Edad:

8

Fecha de Nacimiento:

10-04-2021

Documento de identidad:

R. 1 115 8611 061



Dirección:

Calle 3 # 12-35

Teléfono:

313 220 1687

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

3º

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

f-5

Semillero / Ciudad

Sacuma

Categoría:

Infant-1

Modalidad:

f-5

Entrenador:

Jhon M

Teléfono:

320 242 2306

Correo Electrónico:

jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Maritza Gutierrez

Ocupación:

Empleado Publico.

Teléfono:

313 220 1687

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Acudiente:

Maritza Gutierrez

Ocupación:

Empleado Publico.

Teléfono:

313 220.1687.

Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Maritza Gutierrez P.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 56829805

NUIP 1.115.864.061

Fecha de la solicitud de registro - Clase de sistema

Registrado ☒ Nació ☐ Murió ☐ Casado ☐ Casamiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W 2 X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente de distrito

REGISTRADURIA DE PAZ DE ARIPORE - COLOMBIA - CASANARE - PAZ DE ARIPORE

Nombre del inscrito

Primer Apellido CARREÑO Segundo Apellido GUTIERREZ

Nombre completo

MAROL LUCIANA

Fecha de nacimiento

Año 2015 Mes ABB Día 10 FEMENINO Grupo sanguíneo POSITIVO

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente de distrito

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento con el que se declara en vigencia

SENTENCIA JUDICIAL

Documento con el que se declara en vigencia

OFICIO N 0137

Nombre y apellido completo del progenitor que declara en vigencia el primer apellido del inscrito

GUTIERREZ PINZON ELSY MARITZA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.118.534.815

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente de distrito

COLOMBIA

Nombre y apellido completo del progenitor que declara en vigencia el segundo apellido del inscrito

CARRERO GOMEZ ROLFER HUGO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.118.850.261

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente de distrito

COLOMBIA

Nombre del declarante

JUZGADO PROMISCOO DE FAMILIA - HERMOSILLA REYES HYMAN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 7.160.047

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o equivalente de distrito

COLOMBIA

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR

Nombre y apellido completo del declarante

12 ENE. 2021

Nombre y apellido completo del declarante

GRETHEL SOLEN SANABRIA - REGISTR



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	1115864061
NOMBRES	MAROL LUCIANA
APELLIDOS	CARREÑO GUTIERREZ
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	10/04/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:03:45 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <i>Sauma</i>	RESPONSABLE	NOMBRE: <i>Jhon M</i>
FECHA: <i>22-11-22</i>	GRUPO:	CARGO: <i>Infantil</i>

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

Nombres:	<i>Martha</i>				Apellidos:	<i>Gutierrez</i>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
Nº de Documento:	<i>1118534815</i>				Expedido en:	<i>Sauma</i>	
Fecha de Nacimiento:					Nº Celular:	<i>313 270 1686</i>	
Dirección de Residencia:	<i>Centro</i>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<i>Casanare</i>				Municipio Residencia:	<i>Sauma</i>	
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:	<i>María L</i>				Apellidos Deportista:	<i>Carrero</i>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☒	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
Nº de Documento:	<i>1113564001</i>				Expedido en:	<i>Sauma</i>	
Fecha de Nacimiento:	<i>10-04-15</i>				Nº Celular:		
Dirección de Residencia:	<i>Centro</i>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<i>Casanare</i>				Municipio Residencia:	<i>Sauma</i>	
Actividad a desempeñar:	<i>Deporte</i>						



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 Mara Carreño 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	<u>Marta Goherrez</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Marta Goherrez</u>	

(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
Nº 89.001.015.1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre: Camila Sarabria Roballo



Edad: 11 Fecha de Nacimiento: 7-09-2005 Documento de identidad: 1029656849

Dirección: Centro

Telefonos:

Colegio: I.E. AN

Grado: 7º

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: F.S

Semillero / Ciudad: Sicauna

Categoría: Juvenil

Modalidad: FS

Entrenador: Jhon Herchean

Telefonos: 320 242 2306

Correo Electronico: jume230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Leidy Roballo

Ocupación: Ama de Casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente: Leidy Roballo

Ocupación: Ama de Casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador: Jhon M

Firma del padre o familia: [Signature]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.656.849

SANABRIA ROBALLO

APELLIDOS

SHIRLEY CAMILA

NOMBRES

camila sanabria

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-2011

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-MAY-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

01-JUN-2018 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

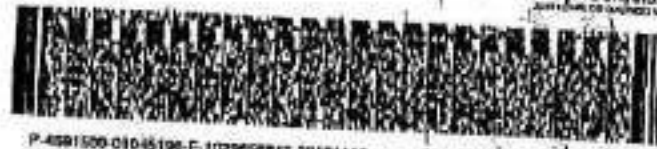
GRUPO SANG

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
AUTENTICACIÓN VOTANTE

ÍNDICE DERECHO



P-4591500-010-45196-F-1029656849-20181110

0963195502A F

49620883



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	1029656849
NOMBRES	SHIRLEY CAMILA
APELLIDOS	SANABRIA ROBALLO
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	17/06/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/16/2023 11:04:46	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-21</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Leidy R</u>	Apellidos:	<u>Roballo</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☐ <u>X</u> CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>1 118 146 531</u>	Expedido en:	<u>Sacama</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>21-06-15</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>
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:	<u>Amilia</u>	Apellidos Deportista:	<u>Roballo Sanabria</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☐ <u>X</u> RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<u>1029656849</u>	Expedido en:	
Fecha de Nacimiento:	<u>9-5-11</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:			
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 8:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (8) 6353638

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Camila Sanjara 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
TEL. 094.003.210-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Juan David Estrada.



Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

07-07-05

Documento de identidad:

1 029 642 389.

Dirección:

Monte Nuevo.

Telefonos:

Colegio:

I.E.A.N.

Grado:

11

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sacuma

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon Merchán

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

Jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Claudia Isabel Lopez.

Ocupación:

Amma de Casa.

Telefonos:

320 238 7568

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Eduar Luis Estrada.

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Claudia Isabel Lopez

Ocupación:

Telefonos:

320 238 7568

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M.

Firma del padre de familia

Claudia Lopez





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	1029642389
NOMBRES	JUAN DAVID
APELLIDOS	ESTRADA LOPEZ
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	14/09/2005	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:09:33 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](#)



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: <u>Sacuma</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Claudia Isabel</u>	Apellidos:	<u>lopez</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒ CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>24 006 303</u>	Expedido en:	<u>Sacuma</u>
Fecha de Nacimiento:		N° Celular:	<u>320 278 7568</u>
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>
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:	<u>Juan David</u>	Apellidos Deportista:	<u>Esteban</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I. ☒ RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<u>102642384</u>	Expedido en:	<u>Sacuma</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>2-09-2006</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		



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:

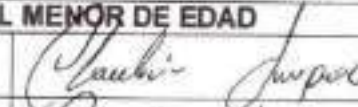
SI ☐ NO ☒

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 Juan David Rodríguez 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:	<u>Andrés Japer</u>	

(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
Nº. 894.0015.340-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22 - 11 - 22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Ronal Estiven Carvajal



Edad:

15

Fecha de Nacimiento:

29 - 01 - 2007

Documento de identidad:

1 118 146 174

Dirección:

Banatera

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

11

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Seicema

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Astrid Domingo Piscanevo

Ocupación:

Ama de Casa.

Telefonos:

322 736 9978

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Omar Javier Carvajal

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Omar Javier Carvajal

Ocupación:

Telefonos:

320 672 2892

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia Omar Javier Carvajal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.118.146.174
CARVAJAL RISCANEVO

APELLIDOS
RONALD ESTEBAN

FECHAS

Ronal Esteban L




FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-2007
SACAMA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO
28-ENE-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
13-MAR-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

B+ M
B S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ERIC MADRILET TORRES



P-0001500-0000001 M 1110140174 20141129 00415/0306A 2 41573144



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	1118146174
NOMBRES	RONALD ESTEBAN
APELLIDOS	CARVAJAL 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	01/08/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:12:59 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Omar Javier</u>	Apellidos:	<u>Canaful</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☐ <u>x</u> CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>1 124550</u>	Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>21-03-80</u>	N° Celular:	<u>320 372 2883</u>
Dirección de Residencia:			
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	Padre ☐ <u>x</u> 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:	<u>Ronald</u>	Apellidos Deportista:	<u>Canaful</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☐ <u>x</u> RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<u>1 118 146 174</u>	Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>28-01-07</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		



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 Ronal Carvajal 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	<u>Omar Javier Carvajal</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Omar Javier Carvajal</u>	

(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
TEL. 044.203.340-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Wilson Fabian Ceñar



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

01-02-2007

Documento de identidad:

1048821131

Dirección:

Bañatera

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

10°

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salon

Semillero / Ciudad

Sucumbi

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3202422306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Amparo Ceñar Boet

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

313 546 7486

Correo Electronico:

Ceñar 2005@gmail.com

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Amparo Ceñar

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

313 546 7486

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

AMPARO CEÑAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.048.821.131
CANAS CERINZA

APELLIDOS
WILSON FABIAN

NOMBRES
Wilson Fabian

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-2025
CHITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
01-FEB-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
17-FEB-2014 CHITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



94007306-0045460 M 1048821131 20141120



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	1048821131
NOMBRES	WILSON FABIAN
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: 03/16/2023 11:13:48 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](#)



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Amparo</u>				Apellidos:	<u>Cerna</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>1048821213</u>				Expedido en:	<u>Chita</u>	
Fecha de Nacimiento:					N° Celular:	<u>313 8467486</u>	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
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:	<u>Wilson Fabian</u>				Apellidos Deportista:	<u>Cañas</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC		Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>1048821131</u>				Expedido en:	<u>Chita</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>1-02-07</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Wilson Fabian Cerna 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 CERNIA	
NOMBRES Y APELLIDOS:	AMPARO CERNIA	

(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
TEL. 044-003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Jonathan Cantor Montielso

FOTO



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

09-09-2007

Documento de identidad:

1 118 146 339

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

8

Correo Electronico:

-

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad

Sacuma

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

John M

Telefonos:

3202427306

Correo Electronico:

jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Mary Iuz Montielso

Ocupación:

Amo de casa

Telefonos:

313 382 4895

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Rubiano Cantor

Ocupación:

Agricultor

Telefonos:

313 382 4895

Correo Electronico:

Acudiente:

Mary Iuz Montielso

Ocupación:

Telefonos:

313 382 4895

Correo Electronico:

Firma del entrenador

John M

MARY IUZ
Firma del padre de familia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.118.146.339

CANTOR MENDIVELSO

APELLIDOS
JONATHAN FERNANDO

NOMBRES

Jonathan cantor
Firma





FECHA DE NACIMIENTO 09-SEP-2007

SACAMA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-SEP-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

20-JUN-2018 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ M
O S RA DE FU

REGISTRADOR NACIONAL
Calle 24 Sur, Bogotá, Colombia



1118146339-20180618



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	1118146339
NOMBRES	JONATHAN FERNANDO
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: 03/16/2023 11:14:37 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](#)



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>		CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Mari Luz</u>			Apellidos:	<u>Mendoza</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>1054252860</u>			Expedido en:	<u>Chita</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>22-01-82</u>			N° Celular:	<u>313824895</u>		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
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:	<u>Jonatan</u>			Apellidos Deportista:	<u>Concha Mendoza</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC		Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>111846339</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>09-09-07</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Jonathan Cordero Montielso 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	<u>MARY LUZ</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>MARY LUZ</u>	

(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
Nº 944.003.943-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Juan Sebastian Cañas Carrillo

FOTO



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

02-01-07

Documento de identidad:

1 123 435 290

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colégio:

F. E. A. N.

Grado:

10

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sucumbi

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

June 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Guly Carrillo

Ocupación:

Contadora.

Telefonos:

313 301 4231

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Guly Carrillo

Ocupación:

Contadora.

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia

Guly Carrillo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.435.290
CAÑAS CARRILLO

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

NOMBRES
Juan Sebastian cañas
FIRMA



HOYER DETECTOR

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-2007
VILLAVICENCIO (META)

LUGAR DE NACIMIENTO
02-ENE-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
21-ENE-2014 RESTREPO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+

M

SS RH

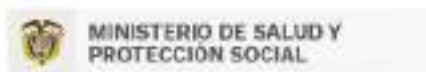
SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO DANCHELO TORRES



P-5205900-00608131-M-1123435290-20140813 0039483343A 1 40805251



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	1123435290
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	CAÑAS 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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:16:22 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacumé</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Johán Martín</u>			Apellidos:	<u>Carrillo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>53153507</u>			Expedido en:	<u>Sacumé</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>01-04-84</u>			N° Celular:	<u>3133049232</u>		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacumé</u>		
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:	<u>Jhon Sebastian</u>			Apellidos Deportista:	<u>Carras</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>1123435210</u>			Expedido en:	<u>Restrepo</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>2-1-06</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacumé</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Don Sebastian 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		
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
Nº. 894.001.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Aarier Jamith Lagos

FOTO



Edad:

15

Fecha de Nacimiento:

30-Sep-06

Documento de identidad:

1 118 146 114.

Dirección:

Bañadero

Telefonos:

Colegio:

J.E.A.N

Grado:

10

Correo Electronico:

-

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salon

Semillero / Ciudad

Sacuma

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

15

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

Jame23@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Barbara Gallo

Ocupación:

Amas de Casa

Telefonos:

320 572 6472

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Luis Efran Lagos

Ocupación:

Agricultor

Telefonos:

314 289 9254

Correo Electronico:

Acudiente:

Luis Efran Lagos

Ocupación:

Agricultor

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Luis Efran Lagos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.118.146.119

LAGOS GALLO

APELLIDOS

HAIDER JAMIT

NOMBRES

Haider laGos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-2006

SACAMA
(CASANARE)

FECHA DE VENCIMIENTO 30-SEP-2024

FECHA DE VENCIMIENTO 14-DIC-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EMISION

O+ M

C.S. 994 SEXO

FECHA Y LUGAR DE EMISION

FECHA Y LUGAR DE EMISION



FECHA Y LUGAR DE EMISION



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	1118146119
NOMBRES	HAIDER JAMIT
APELLIDOS	LAGOS GALLO
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	01/07/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:17:13 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Efrén</u>				Apellidos:	<u>Lagos</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>1129541</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>12-10-83</u>				N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
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:	<u>Huithier Jaramith</u>				Apellidos Deportista:	<u>Lagos</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>		
N° de Documento:	<u>1118146119</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>30-09-06</u>				N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>							
Correo electrónico:								
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>							



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 Hedber Jameth Lagos 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	<u>Luis Efraim Lagos</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Luis Efraim Lagos</u>	

(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
TEL. 994.202.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Jhon Alcantara Rodriguez Valtarrama

FOTO



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

05-04-07

Documento de Identidad:

1118 146 195

Dirección:

Centro

Telefonos:

Categoría:

J. E. AN

Grado:

9

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sucrema

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Berta Valtarrama

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

318 234 4653

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Berta Valtarrama

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Berta Valtarrama

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.118.146.195**
RODRIGUEZ VALDERRAMA

APELLIDOS
JUBER ALEJANDRO

NOMBRES

Juber rodriges

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-2007**

SACAMA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO
05-ABR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO
19-MAY-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G R RH

M

SEXO

PODE CREAR

Registración Nacional
REGISTRACION NACIONAL
CAROLINA GONZALEZ TORRES



P 4001000-00640451 M 11-01-1981 195-20141123

90415236234 2

41573181



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	1118146195
NOMBRES	JUBER ALEJANDRO
APELLIDOS	RODRIGUEZ VALDERRAMA
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	05/05/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 11:18:41 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Saigona</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Juber Alejo (bento)</u>	Apellidos:	<u>Valterrama</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒ CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>7313514</u>	Expedido en:	<u>Saigona</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>16-05-88</u>	N° Celular:	<u>318 234 4231</u>
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Saigona</u>
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:	<u>Juber Alejo</u>	Apellidos Deportista:	<u>Rodriguez</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☒ RC ☐	Registro Civil:	Otro, cual?:
N° de Documento:	<u>1118146195</u>	Expedido en:	<u>Saigona</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>05-04-02</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Saigona</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		



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:

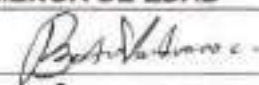
SI ☐ NO ☒

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 libro Aljando Rodríguez 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
TEL. 044.199.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Gara Valentina Barrera

FOTO



Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

23-05-06

Documento de identidad:

1 030-603 423

Dirección:

Barrancabermeja

Telefonos:

Colegio:

I. E. A N

Grado:

11

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

futbol de Salon

Semillero / Ciudad:

Sucumbes

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon H

Telefonos:

320 242 2300

Correo Electronico:

Jame 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Yanet Zalsur

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

315 283 1483

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Yanet Zalsur

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

315 283 -1483

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon H

Firma del padre de familia

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

[Signature]

FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO




REPÚBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1050603423

BARRERA SALAZAR

APELLIDOS

SARA VALENTINA

NOMBRES

25/MAY/2005

COLOMBIA BOYACA TUNJA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

14/NOV/2012

COLOMBIA CASANARE SACAMA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

24/MAY/2023

FECHA DE VENCIMIENTO

24596106

PRIMERA VEZ



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	1050603423
NOMBRES	SARA VALENTINA
APELLIDOS	BARRERA SALAZAR
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	08/06/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:32:48 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](#)



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Juan M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Yaneth</u>			Apellidos:	<u>Salazar</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>21003315</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>11-02-87</u>			N° Celular:	<u>3132031492</u>		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
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:	<u>Sara Valentina</u>			Apellidos Deportista:	<u>Barrios</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:		
N° de Documento:	<u>1050603923</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>25-05-86</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Sara Valentina Benítez 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
TEL. 844.002.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre: Jonathan David Latoro Diaz		
Edad: 17	Fecha de Nacimiento: 19-02-2006	Documento de identidad: 1 118 536 569



Dirección: Centro	Teléfonos:	
Colegio: I. E. A. N.	Grado: 11	Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: fútbol de salón	Semillero / Ciudad: Socorro	Categoría: juvenil	Modalidad: F-S
Entrenador: Jhon M.	Teléfonos: 320 242 2306	Correo Electrónico: june.230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Yadris Diaz Gelvis		Ocupación: Amo de casa
Teléfonos: 314 220 2098	Correo Electrónico:	
Nombre Papa: Gerardo Latoro Salazar		Ocupación: Agricultor
Teléfonos:	Correo Electrónico:	
Acudiente: Yadris Diaz		Ocupación: Amo de Casa
Teléfonos: 314 220 2086	Correo Electrónico:	
Firma del entrenador: Jhon M.	Firma del padre de familia: Yadris Diaz Gelvis	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.118.536.569**

LAYTON DIAZ

APELLIDOS
JHONATAN DAVID

NOMBRES
Jhonathan David Laytón

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-2005**

YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-FEB-2023
FECHA DE VENCIMIENTO

19-MAR-2019 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**

INDICE DERECHO

REGISTRACION



1.118.536.569-20190727

COLOMBIA 1

5088817



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: <u>Sacuma</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Juan M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Yafuris</u>			Apellidos:	<u>Diaz Selvis</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>631366-291</u>			Expedido en:	<u>Barranquilla</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>02-02-86</u>			N° Celular:	<u>314 220 280</u>		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>		
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:	<u>Jonathan David</u>			Apellidos Deportista:	<u>Lator Diaz</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:		
N° de Documento:	<u>1118536869</u>			Expedido en:	<u>Sacuma</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>19-01-06</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Yadris David Louren 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	<u>Yadris Diaz Gelvis</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Yadris Diaz Gelvis</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.245-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Carolina Melgarejo



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

03-04-2007

Documento de Identidad:

1-118 540 652

Dirección:

Centro

Teléfonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

11

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Fútbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sacama

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

f-5

Entrenador:

Jhon M

Teléfonos:

320 242 2306

Correo Electrónico:

jhon230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Elena Gallo

Ocupación:

Teléfonos:

310 376 608-1

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Antonio Melgarejo

Ocupación:

Teléfonos:

314 216 3212

Correo Electrónico:

Acudiente:

Antonio Melgarejo

Ocupación:

Mantenimiento Vial

Teléfonos:

Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Antonio Melgarejo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.118.540.652**
MELGAREJO GALLO

APELLIDOS
BRIYTH CAROLINA

NOMBRES
Carolina Melgarejo G.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-2007**
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-ABR-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ **F**
O S PH SEXO

14-OCT-2014 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRO NACIONAL



R-4081500-01092583 F-1118540652-20180808 00672443580 1 00818624



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	1118540652
NOMBRES	BRIYITH CAROLINA
APELLIDOS	MELGAREJO GALLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	SOCOTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	13/02/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:34:49 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](#)



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:
FECHA:	22-11-22	GRUPO:	CARGO:

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

Nombres:	Antonio				Apellidos:	Melgarejo	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	6673358				Expedido en:	Tupiza	
Fecha de Nacimiento:	17-09-99				N° Celular:	314 210 2216	
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:	Carolina				Apellidos Deportista:	Melgarejo	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	1118540552				Expedido en:	Sacama	
Fecha de Nacimiento:	02-04-07				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Sacama	
Actividad a desempeñar:	Deportista						



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 Carolina Melgarejo 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	<u>Antonio Melgarejo</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Antonio Melgarejo</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
P.O. BOX 2003, 340-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Sandra Carolina Pisameu

FOTO



Edad:

16

Fecha de Nacimiento:

01-04-06

Documento de identidad:

A 148 146 104

Dirección:

Bañalera

Telefonos:

Colegio:

I.E.A.N

Grado:

11

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de salón

Semillero / Ciudad

Sucumbes

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

jane 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Doris Lopez

Ocupación:

Empleador

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Luis Alejandro Pisameu

Ocupación:

Obrero

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Luis Alejandro Pisameu

Ocupación:

Obrero

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia:

Luis Pisameu

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.118.146.104**

RISCANEVO LAGOS

APELLIDOS

SANDRA CAROLINA

NOMBRES

Sandra Riscanevo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-2006**

SACAMA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

01-MAY-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

18-JUL-2013 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+

G S RH

F

SEXO

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

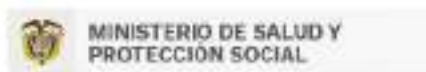
INDICE DERECHO



P-4681500-00487547-F-1118146104-20131005

0035308980A 1

39000287



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	1118146104
NOMBRES	SANDRA CAROLINA
APELLIDOS	RISCANEVO LAGOS
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	31/01/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:35:38 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>27-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>instructor</u>

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

Nombres:	<u>Doris</u>		Apellidos:	<u>Lagar</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒	CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>73118319</u>		Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>1-01-85</u>		N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>			
Correo electrónico:				
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>		Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
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:	<u>Santia Carolina</u>		Apellidos Deportista:	<u>Riscanaro</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☒	RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<u>1118146101</u>		Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>01-04-06</u>		N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>			
Correo electrónico:				
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>		Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>			



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:

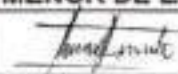
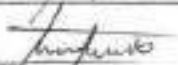
SI ☐ NO ☒

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 Santha Carolina Escamezo 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
No. 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Valery Rodriguez

FOTO



Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

23-11-06

Documento de identidad:

1 053 443 737

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

1 E A N

Grado:

10

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

futbol f. Sala

Semillero / Ciudad:

Sucre

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F.S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Angela Vargas

Ocupación:

Empleada

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Fern Rodriguez

Ocupación:

Agricultor

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Angela Vargas

Ocupación:

Empleada

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia

Angela Vargas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.053.443.737**

RODRIGUEZ VARGAS

APELLIDOS

VALERY

NOMBRES



valery rodriguez v
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-2006**

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-NOV-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

13-ENE-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+

G S RH

F

SEXO

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-4581500-00729363-F-1053443737-20150005

0045602229A 1

5021270503



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	1053443737
NOMBRES	VALERY
APELLIDOS	RODRIGUEZ VARGAS
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	01/07/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/16/2023 15:36:32	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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Angelo</u>			Apellidos:	<u>Garguier</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>1 116 532 432</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>22-02-89</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
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:	<u>Valei</u>			Apellidos Deportista:	<u>Rodriguez</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>1 033 443 737</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>23-11-06</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Yolana Rodriguez 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	<u>Emir Rodriguez</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Emir Rodriguez.</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
Nº 944.000.123-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Zamary Andrea Gorman Avellanedo.

Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

11-10-05

Documento de Identidad:

1 116 855 462



Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

10

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Fútbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sucumbi

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

7/5

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electrónico:

Jame 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Nelsa Avellanedo.

Ocupación:

Empleada Pública.

Telefonos:

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electrónico:

Acudiente:

Nelsa Avellanedo.

Ocupación:

Empleada Pública.

Telefonos:

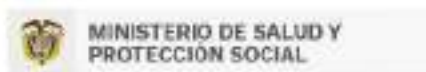
Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Nelsa Avellanedo.



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	1116855422
NOMBRES	ZAMARY ANDREA
APELLIDOS	GUZMAN AVELLANEDA
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	01/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:37:22 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Nelly</u>				Apellidos:	<u>Avellaneda</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>290058530</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>11-03-92</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
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:	<u>Zamora Antares</u>				Apellidos Deportista:	<u>Gutman</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	<u>1116855422</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>11-08-06</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
Actividad a desempeñar:							

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (8) 6363638

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Zamora Antico Gorman 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	<u>Melva Anellaneda</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Melva Anellaneda</u>	

(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
No. 844.001.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre: *Javier Nivalte Aguero pinilla*

Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
18	01-06-2005	1 189 146 044

FOTO



Dirección:	Telefonos:
<i>Quebrada Negra</i>	<i>310 265 5152</i>

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
<i>I.E. A.N.</i>	<i>10</i>	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad:	Categoría:	Modalidad:
<i>Futbol de Salon</i>	<i>Sacama</i>	<i>Juvenil</i>	<i>F/s</i>
Entrenador:	Telefonos:	Correo Electronico:	
<i>Jhon M</i>	<i>310 242 2306</i>	<i>jhme230@hotmail.com</i>	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupación:
<i>Miriam consuelo pinilla</i>	<i>Amo de casa</i>
Telefonos:	Correo Electronico:
<i>312 268 3044</i>	
Nombre Papa:	Ocupación:
<i>Andrés regimiento Alvarado</i>	
Telefonos:	Correo Electronico:
<i>312 268 1704</i>	
Acudiente:	Ocupación:
<i>Miriam consuelo pinilla</i>	<i>Amo de casa</i>
Telefonos:	Correo Electronico:
Firma del entrenador:	Firma del padre de familia:
<i>Jhon M</i>	<i>Heider regimiento A</i>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.118.146.094
ISQUIERDO PINILLA

APELLIDOS
SHARICK NICOLLE

NOMBRES
Nicol Isquierdo

FIRMA

A color portrait photograph of a young woman with dark hair, looking directly at the camera. The photo is positioned on the right side of the identification card.


 FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-2005
SACAMA
 (CASANARE)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 01-JUN-2023
 FECHA DE VENCIMIENTO
 17-NOV-2020 SACAMA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
 O+ F
 G 5 RH SEXO
 REGISTRO NACIONAL
 AGENCIA DE IDENTIFICACIÓN
 INICE DE REG-0

 A-4001300-01218385-F-1110146094-20210205 0073002525A 1 0340044



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	1118146094
NOMBRES	SHARICK NICOLLE
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	01/03/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:38:22 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Rebeca</u>	Apellidos:	<u>Trujillo Alvarez</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒ CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<u>1189512</u>	Expedido en:	<u>Sacama</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>01-02-84</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>
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:	<u>Shirley Nicole</u>	Apellidos Deportista:	<u>Trujillo</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☒ RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<u>118146094</u>	Expedido en:	<u>Sacama</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>01-03-06</u>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		



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 Shanti Nell Aguado 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	<u>Hector Inguendo</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Hector Inguendo</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
Nº. 946.005.343-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-21

DATOS PERSONALES

Nombre:

Yolth Marcelo Triguero.

Edad:

17

Fecha de Nacimiento:

26-01-06

Documento de identidad:

1 118 146 096



Dirección:

Sucuma Centro

Telefonos:

Colegio:

E. G. A. N

Grado:

11

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

fútbol de salón

Semillero / Ciudad

Sucuma

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electronico:

jme230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Bianca Adams

Ocupación:

Amo de Casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Bianca Adams

Ocupación:

Amo de casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.118.146.096
IZQUIERDO ADAME

APELLIDOS
YUDITH MARCELA

NOMBRES

Yudith Izquierdo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-2006
SACAMA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO
26-ENE-2024

FECHA DE VENCIMIENTO
30-ABR-2014 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ F
O B RH SEXO

Carlos Rios Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS RIOS SANCHEZ TORRES



P-49H150D-00648951 F-1118146096-20141120

0041523422A 2

41573175



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	1118146096
NOMBRES	YUDITH MARCELA
APELLIDOS	IZQUIERDO ADAME
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	01/04/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:39:18 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](#)



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:	Sáccame	RESPONSABLE	NOMBRE:
FECHA:	22-11-22	GRUPO:	CARGO:
			Instructor

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

Nombres:	Blanca				Apellidos:	A. J. J.	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	21 113318				Expedido en:	Chito	
Fecha de Nacimiento:					N° Celular:		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Sáccame	
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:	Yulith Marcela				Apellidos Deportista:	I. J. J.	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	1118146095				Expedido en:	SALAMA	
Fecha de Nacimiento:	29-02-02				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				Municipio Residencia:	Sáccame	
Actividad a desempeñar:	Deportista						



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 Yadith Marcela Izquierdo 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
TEL. 044.583.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

KARA JULIANA PARRA.

Edad:

12

Fecha de Nacimiento:

10-07-10

Documento de identidad

118 146 397

FOTO:



Dirección:

CALLE 3 # 11-08

Teléfono:

Colegio:

I. E. A N

Grado:

B

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Fútbol de Salón

Semillero / Ciudad

Sucumbá

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon Mechar

Teléfono:

320 242 2306

Correo Electrónico:

jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Madre:

YANIRA LEÓN

Ocupación:

AMA DE CASA

Teléfono:

314 453 0619

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Acudiente:

YANIRA LEÓN

Ocupación:

AMA DE CASA.

Teléfono:

314 453 0619

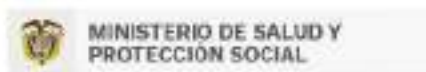
Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

YANIRA LEÓN P.



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	1118146397
NOMBRES	KAROL JULIANA
APELLIDOS	PARRA LEON
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	08/11/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:40:11 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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Juan M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Yunita</u>			Apellidos:	<u>Leon</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒	☒	CE ☐	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>118145824</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>21-07-89</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
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:	<u>Karel Juliana</u>			Apellidos Deportista:	<u>Parral</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☐	☒	RC ☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>		
N° de Documento:	<u>1118146397</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>10-07-10</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M. a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (8) 8353838

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Karel Milana Parra 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	<u>Yanira Leon</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Yanira Leon</u>	

(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
Nº. 84.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Emmanuel Torres Ortega.

Edad:

6

Fecha de Nacimiento:

04-02-2017

Documento de Identidad:

1 719 146 501.

FOTO



Dirección:

Calle 4 # 9-25

Telefonos:

Colegio:

I. C. A. N.

Grado:

1

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

fútbol de salón

Semillero / Ciudad

Socoma

Categoría:

Infantil

Modalidad:

f/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electrónico:

lume200@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Alicia Marcela Ortega

Ocupación:

Auxiliar Administrativa

Telefonos:

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Humberto Torres

Ocupación:

Otros Varios

Telefonos:

Correo Electrónico:

Esposa:

Alicia Ortega

Ocupación:

Aux. Administrativa

Telefonos:

Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

[Handwritten signature of Humberto Torres]



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE NARIÑO

N 0990161

NUIP 1.118.146.657

Identificación

Identificación

Identificación

Apellido y Nombre completo	
TORRES ORTEGA EMANUEL	
Fecha de inscripción (Mes y año)	
Año	2017
Me	FEB
Ind	08
Lugar de nacimiento (País, Departamento, Municipio, Corregimiento, Barrio)	
COLOMBIA CASANARE SACAMA	
Fecha de inscripción (Mes y año)	
Año	2017
Me	FEB
Ind	08
Identificación	
0054570465	

Apellido y Nombre completo	
ORTEGA ROJAS ADRIANA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA 1.015.408.440	
País	
COLOMBIA	

Apellido y Nombre completo	
TORRES POVEDA EDY HUMBERTO	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA 1.002.526.528	
País	
COLOMBIA	

Apellido y Nombre completo	
TORRES POVEDA EDY HUMBERTO	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA 1.002.526.528	

Espacio para notas	

Todos los datos de registro que se pide al certificado	
País: Departamento: Municipio	
COLOMBIA CASANARE SACAMA	
Fecha de Expedición del certificado (Mes y año)	
Año	2017
Me	FEB
Ind	08
Nombre y firma del funcionario	
 MARIA HELENA TONCON SILVA Registrador del Estado Civil	



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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1118146657
NOMBRES	EMMANUEL
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	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	11/11/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:03/16/2023
15:43:47Estación 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](#)



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: <i>Sacama</i>	RESPONSABLE	NOMBRE: <i>Jhon M</i>
FECHA: <i>22-11-22</i>	GRUPO:	CARGO: <i>Instructor</i>

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

Nombres:	<i>Eda Humberto</i>	Apellidos:	<i>Torres</i>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒ CE ☐	Otro, cual:	
N° de Documento:	<i>112336528</i>	Expedido en:	<i>Sacama</i>
Fecha de Nacimiento:	<i>11-03-95</i>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<i>Centro</i>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<i>Casanare</i>	Municipio Residencia:	<i>Sacama</i>
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:	<i>Emmanuel</i>	Apellidos Deportista:	<i>Torres</i>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☐ RC ☒	Registro Civil:	Otro, cuál?:
N° de Documento:	<i>111314663</i>	Expedido en:	<i>Sacama</i>
Fecha de Nacimiento:	<i>04-02-12</i>	N° Celular:	
Dirección de Residencia:	<i>Centro</i>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<i>Casanare</i>	Municipio Residencia:	<i>Sacama</i>
Actividad a desempeñar:	<i>Deportista</i>		



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 Emmanuel 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	<u>Humberto T.</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Humberto T.</u>	

(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
TEL. 044.202.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Dani Sefu Pico

FOTO



Edad:

11

Fecha de Nacimiento:

10-02-12

Documento de Identidad:

1 116042021

Dirección:

Km. 17 # 3-93

Telefonos:

Colegio:

J. E. A. N

Grado:

6

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Fútbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Sucuma

Categoría:

Infantil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 292 2306

Correo Electronico:

Juan2306@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Deicy Mora

Ocupación:

ama de casa

Telefonos:

320 388 718

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Deicy Mora

Ocupación:

ama de casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Deicy Yureth Mora

NUMERO 1.116.042.021

PICO MORA

APELLIDOS

DANNA SOFIA

NOMBRES

Danna Sofia Pico

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-2012

PORE
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-FEB-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G.3. RH

F

SEXO

20-MAR-2019 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GUANACO VACA

NOICE DERECHO



P-4681500-01088324-F-1116042021-20190727

0066934438A 1

50819622



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: <u>Sacuma</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>John M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Deivy</u>				Apellidos:	<u>Mora</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>23522926</u>				Expedido en:	<u>Sacuma</u>	
Fecha de Nacimiento:					N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>	
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:	<u>Danna Sofia</u>				Apellidos Deportista:	<u>Pio mora</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>1116042021</u>				Expedido en:	<u>Sacuma</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>10-02-12</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacuma</u>	
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Danna Soira Pico 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	<u>Darcy Yaneth Mora</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Darcy Yaneth Mora</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
TEL. 044.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Dilan Darvey Risceneu Adame



Edad:

7

Fecha de Nacimiento:

09-01-2016

Documento de identidad:

1 222 124 508

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

Segundo

Correo Electronico:

-

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

futbol de Salon

Semillero / Ciudad:

Sucrema

Categoría:

Infantil

Modalidad:

f/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

320 242 2306

Correo Electronico:

Jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Leidy Adame

Ocupación:

una de casa

Telefonos:

311 442 7123

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Leidy Adame

Ocupación:

una de casa

Telefonos:

311 442 7123

Correo Electronico:

-

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Leidy Adame

ORGANIZACIÓN SECTORIAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL			
NUIP	1.222.124.508	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial 56539299
Datos de la oficina de registro - Clase de acta			
Registratura ☒	Matrimonio ☐	Divorcio ☐	Cancelación ☐
Exposición de Faltas ☐	Código	A	F A
Faltas - Exoneración - Modificación - Exoneración a la inscripción de Faltas			
REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL			
Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
RISCANEVO		ADAME	
Nombres			
DILAN DABEY			
Fecha de nacimiento		Sexo del nacido	
Año	2016	Sexo	MASCULINO
Mes	ENE	Día	09
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a la inscripción)		Estatus del	
COLOMBIA CASANARE YOPAL		POSITIVO	
Tipo de documento anexo al acta de nacimiento		Número sustitutivo de acta de nacimiento	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO		53085899-9	
Datos de la madre			
Apellidos y nombres completos			
ADAME MEDINA LEIDY YUSVANY			
Número de identificación (Cédula o pasaporte)		Nacionalidad	
CC 1.118.704.333		COLOMBIA	
Datos del padre			
Apellidos y nombres completos			
RISCANEVO LOPEZ DIEGO HARVEY			
Número de identificación (Cédula o pasaporte)		Nacionalidad	
CC 1.056.553.433		COLOMBIA	
Datos del testigo			
Apellidos y nombres completos			
RISCANEVO LOPEZ DIEGO HARVEY			
Número de identificación (Cédula o pasaporte)		Firma	
CC 1.056.553.433			
Datos primer testigo			
Apellidos y nombres completos			
Número de identificación (Cédula o pasaporte)		Firma	
Datos segundo testigo			
Apellidos y nombres completos			
Número de identificación (Cédula o pasaporte)		Firma	
Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que	
Año	2016	JOSE ANTONIO AYALA SANCHEZ	
Mes	ENE	Firma	
Día	13	Firma	
Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
		Jose A Ayala S.	
Firma		Firma	
ESPACIO PARA NOTAS			

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1222124508
NOMBRES	DILAN DARBEY
APELLIDOS	RISCANEVO ADAME
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	15/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:46:58 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](#)



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: <u>Saigona</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Thon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Leidy</u>			Apellidos:	<u>Alame</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>11187009333</u>			Expedido en:	<u>Saigona</u>		
Fecha de Nacimiento:				N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Saigona</u>		
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:	<u>Duan Daniel</u>			Apellidos Deportista:	<u>Rosendo Alame</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☐	RC	☒	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	<u>121124308</u>			Expedido en:	<u>Saigona</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>04-09-16</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Saigona</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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:

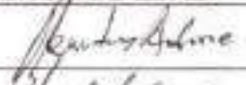
SI ☐ NO ☒

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 Dilon Durbey Rosconero Alame 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:	<u>Dursey Rosconero Alame</u>	

(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
No. 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Dilan Yesid Melo Restrepo

Edad:

7

Fecha de Nacimiento:

03-05-2016

Documento de identidad:

1 222256661



Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

2

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

futbol de salon

Semillero / Ciudad

Socumen

Categoría:

Infantil

Modalidad

f/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3202422306

Correo Electronico:

jume230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Jenny Restrepo Sanchez

Ocupación:

Estilista.

Telefono:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Alumna:

Jenny Restrepo Sanchez.

Ocupación:

Estilista.

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Jenny Restrepo

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 56822062

HOIP 1.222.125.661

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Estado civil ☒ N ☐ Viuda ☐ Divorciada ☐ Casado ☐ Conjugado ☐ Impedido de fecho ☐ Código A F A

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL.....

Nombre del nacido

HELO..... RESTREPO.....

BYLAN YECID.....

Sexo ☒ M ☐ F Mes MAY Día 03 MASCULINO..... AB..... POSITIVO

COLOMBIA CASANARE YOPAL.....

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 13122150-1.....

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

RESTREPO SANCHEZ YENNY ALEJANDRA.....

CC 1.121.935.386..... COLOMBIA.....

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

HELO NORA OSCAR YECID.....

CC 1.118.146.425..... COLOMBIA.....

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

HELO NORA OSCAR YECID.....

CC 1.118.146.425.....

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

Formulario de la oficina de registro - Clase de oficina

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1222125661
NOMBRES	DYLAN YECID
APELLIDOS	MELO RESTREPO
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	03/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/16/2023 15:47:48	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](#)



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>John M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Jenai</u>			Apellidos:	<u>Rodrigo Sanchez</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>171935386</u>			Expedido en:	<u>Villavieja</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>6-04-96</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
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:	<u>Dilan Yeur</u>			Apellidos Deportista:	<u>Melo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	Otro, cual?:	
N° de Documento:	<u>2225661</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>03-05-2016</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Dilan de la Cruz Peto 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	<u>Jenni Restrepo S.</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Jenni Restrepo S.</u>	

(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
Nº. 894.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Daniel Santiago Betanc.

FOTO



Edad:

8

Fecha de Nacimiento:

15-01-14

Documento de identidad:

118 146 610

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. AN

Grado:

3

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Fútbol de salón

Semillero / Ciudad

Sacuma

Categoría:

Infantil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3802422306

Correo Electrónico:

Jame23a@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Rosa Garzon

Ocupación:

Empleada

Telefonos:

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electrónico:

Acudiente:

Rosa Garzon

Ocupación:

Empleada

Telefonos:

Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Es fiel copia de la original
 Fecha de Expedición: 27 ENE 2016

Maria Helena Tancón Silva
 REGISTRADORA MUNICIPAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUPI 1.118.146.610

**REGISTRO CIVIL
 DE NACIMIENTO**

Indicativo
 Serial 54565446

Datos de la oficina de registro - Casa de oficina

Registral ☒ Notaria ☐ Notaria ☐ Consueño ☐ Consueño ☐ Registro en el Acto ☐ Código N B X
 REGISTRADURIA DE SACAMA COLOMBIA CASANARE SACAMA

Datos del asistente

ROTHIA GARZON

DANIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento 2016 ENE 15 MASculino Sexo masculino Positivo

COLOMBIA CASANARE YOPAL

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. 53086044-1

Datos de la madre

GARZON JOYA ROSA ELENA

CC 33.700.022 COLOMBIA

Datos del padre

ROTHIA LOPEZ NORBERTO ALIRIO

CC 74.321.688 COLOMBIA

Datos del testigo

ROTHIA LOPEZ NORBERTO ALIRIO

CC 74.321.688

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

Nombre y firma del testigo que asiste

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESPACIO PARA NOTAS



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	118146610
NOMBRES	DANIEL SANTIAGO
APELLIDOS	BOTHIA GARZON
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	03/03/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:47:48 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](#)



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Zosa</u>				Apellidos:	<u>García</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>53700022</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>11-03-81</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
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:	<u>Daniel Zumbado</u>				Apellidos Deportista:	<u>Bothia</u>	
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☐	RC	☒	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>148146210</u>				Expedido en:	<u>Sacama</u>	
Fecha de Nacimiento:	<u>15-01-16</u>				N° Celular:		
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>				Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>	
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (8) 5353638

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Daniel Santayo Botia 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	<u>Rosa Garzon</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Rosa Garzon</u>	

(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
Nº. 044.001.783-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Sareth Marcell Bothia Uracacha.

Edad:

9

Fecha de Nacimiento:

09-09-14

Documento de identidad:

1 118 146 564

FOTO



Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

4

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

fútbol de Salón

Semillero / Ciudad

Sucumo

Categoría:

Infantil

Modalidad:

F/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3102422306

Correo Electronico:

Jame 230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Milena Uracacha

Ocupación:

Intependiente

Telefonos:

3213603832

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Oscar Bothia

Ocupación:

Intependiente

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Oscar Bothia

Ocupación:

Intependiente

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia

[Handwritten signature of Oscar Bothia]

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



MARP 1.118.146.564

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial 54565406

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☒ Oficina ☐ Oficina ☐ Correo ☐ Correo ☐ Inspección de Policía ☐ Código W S X
REGISTRADURÍA DE SACAMA - COLOMBIA - CASANARE - SACAMA

Datos del escrito

Nombre Apellido Viracacha
Nombre(s) SARETH MARIELL
Fecha de inscripción 2014 Mes ABR Día 09 Sexo con tarjeta FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Estado del parto POSITIVO
Lugar de nacimiento (País, Departamento, Municipio, Corregimiento, Población) COLOMBIA CASANARE SACAMA

Nombre del certificado médico o de nacido vivo CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número de inscripción de nacido vivo 51888402-1

Nombre del padre Viracacha Valderrama Liliana Isabel
Apellidos y nombres completos Viracacha Valderrama Liliana Isabel
Documento de identificación (Cédula y número) CC 1.118.146.416. País COLOMBIA

Nombre del madre Antolinez Oscar Orlando
Apellidos y nombres completos Antolinez y nombres completos
Documento de identificación (Cédula y número) CC 1.129.297. País COLOMBIA

Nombre del declarante Antolinez Oscar Orlando
Apellidos y nombres completos Antolinez y nombres completos
Documento de identificación (Cédula y número) CC 1.129.297. País COLOMBIA

Nombre primer testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Cédula y número)

Nombre segundo testigo
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Cédula y número)

Fecha de inscripción 2014 Mes ABR Día 28 Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA HELENA LONCON SILVA - REGIS

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario que autoriza

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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	1118146564
NOMBRES	SARETH MARIELL
APELLIDOS	BOTHIA VIRACACHA
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	01/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:54:11 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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Oscar</u>	Apellidos:	<u>Bothia</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC ☒ CE ☐	Otro, cual:	
Nº de Documento:	<u>1124297</u>	Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>11-03-30</u>	Nº Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
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:	<u>Soreth Nunez</u>	Apellidos Deportista:	<u>Bothia</u>
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I ☒ RC ☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:
Nº de Documento:	<u>1118146561</u>	Expedido en:	<u>Sacame</u>
Fecha de Nacimiento:	<u>09-09-14</u>	Nº Celular:	
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>		
Correo electrónico:			
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>	Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>		



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 Saret Marel Bothica 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:	<u>Bothica</u>	

(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
Nº. 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Marcel Luquero Gonzales Montoya.



Edad:

9

Fecha de Nacimiento:

04-02-14

Documento de Identidad:

1 115 662 339

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

S.E.A.N

Grado:

4º

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salón

Semillero / Ciudad:

Socorro

Categoría:

Infantil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon Naranjo

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electronico:

Jamr230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Carolina Montoya

Ocupación:

Arquitecta

Telefonos:

3105686773

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Duvan Gonzales

Ocupación:

Arquitecto

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Carolina Montoya

Ocupación:

Arquitecta

Telefonos:

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

 REPÚBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Número N 5506638
---	--

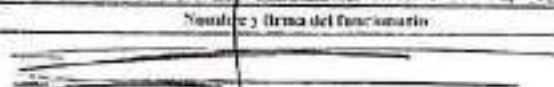
NUIP 1.115.862.739	Tipo de certificado	Datos Emisionales ☐	Agregado Parentesco ☒
--	---------------------	--	---

Datos del Inscribido			
Apellidos y Nombres completos			
GONZALEZ MONTOYA MARIA LUCIANA			
Fecha de nacimiento (Mes en letras)			
Año	Mes	Día	Sexo
2 0 1 4	F E B	0 4	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA CASANARE PORE			
Fecha de inscripción (Mes en letras)			
Año	Mes	Día	Indicativo (señal)
2 0 1 4	M A R	2 7	0054273958

Datos de la Líder	
Apellidos y Nombres completos	
MONTOYA GUALDRON YINETH CAROLINA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA	1.118.532.507
Nacionalidad	
COLOMBIA	
Datos del Padre	
Apellidos y Nombres completos	
GONZALEZ COCA DUVAN YAIR	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA	1.052.382.762
Nacionalidad	
COLOMBIA	

Apellidos y Nombres completos	
GONZALEZ MONTOYA MARIA LUCIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CEDULA DE CIUDADANIA	1.115.862.739

Lugar de nacimiento	
País - Departamento - Municipio	
COLOMBIA CASANARE PAZ DE ARIPORE	

Datos de la oficina de registro que expide el certificado	
País - Departamento - Municipio	
COLOMBIA CASANARE PAZ DE ARIPORE	
Fecha de expedición del certificado (mes en letras)	
Año	Mes
2 0 1 4	M A R
Número y firma del funcionario	
 MIGUEL LEONARDO GONZALEZ MENDIVE Registrador del Estado Civil	



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	1115862739
NOMBRES	MARIA LUCIANA
APELLIDOS	GONZALEZ MONTOYA
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	25/06/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/16/2023 15:55:36	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](#)



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:	Sucre	RESPONSABLE	NOMBRE:
FECHA:	22-11-22	GRUPO:	CARGO:
			Instructor

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

Nombres:	Carolina			Apellidos:	Montoya		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE		Otro, cual:		
N° de Documento:	1118 832 507			Expedido en:	Palo		
Fecha de Nacimiento:				N° Celular:			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Sucre		
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:	María Luciana			Apellidos Deportista:	Gonzalez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC		Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	1115 862 739			Expedido en:	Sucre		
Fecha de Nacimiento:	04-02-14			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	Centro						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Sucre		
Actividad a desempeñar:	Deportista						



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 Marol Luana Gonzales Montoya 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	<u>Cardina Montoya</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Cardina Montoya</u>	

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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
Nº. 044.001.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Luis Felipe Carrillo



Edad:

8

Fecha de Nacimiento:

11-02-15

Documento de identidad:

112653465

Dirección:

Centro

Teléfonos:

Colegio:

I.E.A.N

Grado:

3

Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

fútbol de Salón

Semillero / Ciudad

Sacama

Categoría:

Infantil

Modalidad:

f/s

Entrenador:

Jhon M

Teléfonos:

3202422506

Correo Electrónico:

jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Ocupación:

Teléfonos:

Correo Electrónico:

Nombre Papa:

Fernando Estupin

Ocupación:

Independiente

Teléfonos:

Correo Electrónico:

Acudiente:

Fernando Estupin

Ocupación:

Independiente

Teléfonos:

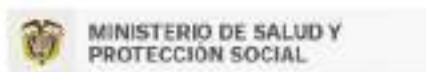
Correo Electrónico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia

[illegible]



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	1122653465
NOMBRES	LUIS FELIPE
APELLIDOS	ESTUPIÑAN 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	29/01/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:56:53 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](#)



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: <u>Sucre</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Thon H</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Fernando</u>			Apellidos:	<u>Trujillo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>1116320322</u>			Expedido en:	<u>Sucre</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>02-04-82</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sucre</u>		
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:	<u>Fernando Felipe</u>			Apellidos Deportista:	<u>Trujillo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	Otro, cuál?:	
N° de Documento:	<u>1122653465</u>			Expedido en:	<u>Sucre</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>Centro</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sucre</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y
RECREACIÓN DE CASANARE
Nº. 894.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Ever Silvio Baez Gamate

Edad:

15

Fecha de Nacimiento:

11/16/07

Documento de identidad:

1 116020208



Dirección:

Calle 4 # 10a 13

Teléfonos:

Colegio:

I. E. A. N

Grado:

10

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de Salon

Semillero / Ciudad

Solano

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

F/S

Entrenador:

Jhon M

Teléfonos:

310 242 2306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Ana Gladis Gonzales

Ocupación:

Amor de casa

Teléfonos:

310 205 6626

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Silvio Baez

Ocupación:

Agricultor

Teléfonos:

311 2144116

Correo Electronico:

Acudiente:

Ana Gladis Gonzales

Ocupación:

Amor de casa.

Teléfonos:

310 205 6626

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Silvio Baez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.116.020.208**

BAEZ GONZALEZ

APELLIDOS

EVER SIRVILIO

NOMBRES

Ever **Sirvilio**

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-2007**

LA SALINA
(CASANARE)
 LUGAR DE NACIMIENTO

08-DIC-2025
 FECHA DE VENCIMIENTO

A+ **M**
 G S RH SEXO

12-FEB-2015 LA SALINA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
 KIAN CARLOS SALASO VARGAS

INDICE DERECHO




P-4648000-00846204-M-1116020208-20160901 0050848151G 1 45742658



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	1116020208
NOMBRES	EVER SIRVILIO
APELLIDOS	BAEZ GONZALEZ
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	19/12/2007	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:57:58 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](#)



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: <u>Sumo</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Santiago</u>			Apellidos:	<u>Baez</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>1035332</u>			Expedido en:	<u>Salina</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>11-03-80</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sumo</u>		
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:	<u>Sever Santiago</u>			Apellidos Deportista:	<u>Baez</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	TJ	☒	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:		
N° de Documento:	<u>1116020708</u>			Expedido en:	<u>Sumo</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>11/16/07</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sumo</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Evel Silvino 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	<u>Silvino Baez</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Silvino Baez</u>	

(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
TEL. 044.003.365-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Elkin David Canvajal Blanco



Edad: 17 Fecha de Nacimiento: 21-05-2006 Documento de Identidad: 778146105

Dirección:

Carrera 1A # 15-65

Teléfono:

Colegio: I.E.A.N Grado: 10 Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: Fútbol de salón Semillero / Ciudad: Sucuma Categoría: Juvenil Modalidad: F/S

Entrenador: Jhon M. Teléfono: 320422306 Correo Electrónico: Jume230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Mariela Blanco Ocupación: Ama de Casa

Teléfono: 313 377 4182 Correo Electrónico:

Nombre Papa: Ocupación:

Teléfono: Correo Electrónico:

Apellido: Eliecer Canvajal Ocupación: Independiente

Teléfono: 311 304 8060 Correo Electrónico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

[Firma manuscrita]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
DIRECCIÓN DE IDENTIFICACIÓN

NUMERO: 1.118.148.105
CARRAJAL BLANCO

APellidos
MELIEN DAVID

NOMBRE
Elkin David Carrajal



FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-2006
SACAMA
(CASANARE)

FECHA DE RENOVACIÓN
21-MAY-2024

FECHA DE VENCIMIENTO
04-DIC-2013 SACAMA

FECHA Y LUGAR

GRUPO SANGÜINEO O+ M

SEXO M

PODERE DIRECTIVO







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	1118146105
NOMBRES	HELKIN DAVID
APELLIDOS	CARVAJAL BLANCO
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	30/05/2006	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:58:44 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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>27-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Eliessa Dair</u>			Apellidos:	<u>Carvajal</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE		Otro, cual:		
Nº de Documento:	<u>1 002480100</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>1-08-35</u>			Nº Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
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:	<u>Elkin David</u>			Apellidos Deportista:	<u>Carvajal</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC		Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
Nº de Documento:	<u>1118146105</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>2-05-06</u>			Nº Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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:

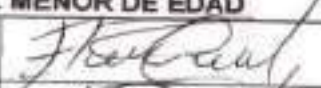
SI ☐ NO ☒

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 Elkin David Canjajal 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
Nº. 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Nicolas Damian Ceballos

Edad:

15

Fecha de Nacimiento:

12-04-08

Documento de identidad:

1091649840



Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

I.E.A.N

Grado:

10

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

Futbol de salon

Semillero / Ciudad:

Sucuma

Categoría:

Juvenil

Modalidad:

f/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

310 242 2306

Correo Electronico:

June230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Monica layton

Ocupación:

Auxiliar

Telefonos:

313 282 7846

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre:

Monica layton

Ocupación:

Auxiliar

Telefonos:

313 282 7846

Correo Electronico:

Firma del entrenador

Jhon M

Firma del padre de familia

Monica layton S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.649.840**

CEBALLOS LAYTON

APELLIDOS

NYCOLAS DAMYAN

NOMBRES

nicolas ceballos

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-2008**
YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO
12-SEP-2026

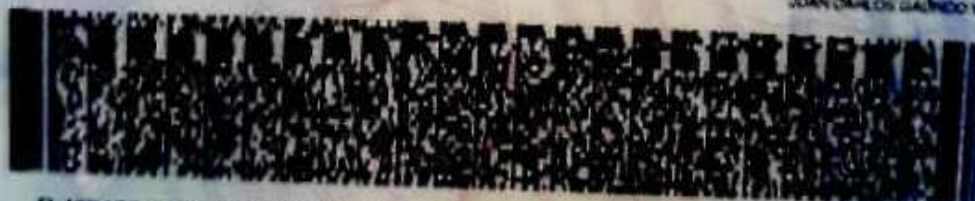
FECHA DE VENCIMIENTO
22-FEB-2016 SACAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
 G S RH

M
 SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
 JUAN CARLOS GARCÍA VACA



P-4081500-00807501-M-1029649840-20160331

0049123796A 1

45743886



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	1029649840
NOMBRES	NYCOLAS DAMYAN
APELLIDOS	CEBALLOS LAYTON
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
RETIRADO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/01/2021	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 15:59:48 Estación de origen: 192.168.70.220

Observaciones

Los datos de afiliación correspondientes al número de identificación registrado, presentan a la fecha inconsistencia con una entidad del Regimen de Excepcion o Especial, se sugiere dirigirse a la entidad que actualmente tiene su afiliación, para que dicha entidad realice la gestión correspondiente.

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](#)



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:
FECHA:	22-11-22	GRUPO:	CARGO:
			Jhon M. Instructor.

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

Nombres:	Monica			Apellidos:	Luyton S		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	33703746			Expedido en:	Sacama		
Fecha de Nacimiento:	10-09-82			N° Celular:			
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:	Nicolas			Apellidos Deportista:	Luyton		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:		
N° de Documento:	1029647840			Expedido en:	Sacama.		
Fecha de Nacimiento:	12-04-08			N° Celular:			
Dirección de Residencia:							
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			Municipio Residencia:	Sacama.		
Actividad a desempeñar:	Deportista.						



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 Nicolas Layton 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	<u>Marica Layton</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Marica Layton</u>	

(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
TEL. 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:

Dilan Esteban Parete

FOTO



Edad:

8

Fecha de Nacimiento:

19-04-15

Documento de identidad:

1115864046

Dirección:

Centro

Telefonos:

Colegio:

F.E.A.N

Grado:

3

Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:

f/s

Semillero / Ciudad:

Sucumb

Categoría:

Infantil

Modalidad:

f/s

Entrenador:

Jhon M

Telefonos:

3202422306

Correo Electronico:

jime230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:

Rosa Helena Parete

Ocupación:

Ama de Casa

Telefonos:

Correo Electronico:

Nombre Papa:

Ocupación:

Telefonos:

Correo Electronico:

Acudiente:

Rosa Helena Parete

Ocupación:

Ama de casa

Telefonos:

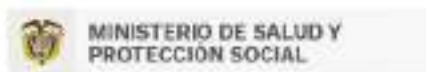
Correo Electronico:

Firma del entrenador:

Jhon M

Firma del padre de familia

Rosa Helena Parete



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	1115864076
NOMBRES	DILAN ESTEBAN
APELLIDOS	MURCIA 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	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	19/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 16:00:42 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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>27-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Sosa heleni</u>			Apellidos:	<u>Paveta</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
Nº de Documento:	<u>115564076</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>01-07-80</u>			Nº Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
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:	<u>Nilan Esteban</u>			Apellidos Deportista:	<u>Paveta</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
Nº de Documento:	<u>115564076</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>14-09-15</u>			Nº Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Dilan Esteban Povea 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	<u>Rosa Helena P.</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Rosa Helena P.</u>	

(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
NL 845.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre: **NICOLAS SANTIAGO ADAME**

FOTO



Edad: 10 Fecha de Nacimiento: 8-10-14 Documento de identidad: 1118146579

Dirección: CENTRO Telefonos:

Colegio: I.E.A.N Grado: 6 Correo Electrónico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: fútbol de salón Semillero / Ciudad: Sucuma Categoría: Juvenil Modalidad: F/S

Entrenador: Jhon M Telefonos: 3202422306 Correo Electrónico: jame230@hotmail.com

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: AMELIA ADAME Ocupación: AMA DE CASA

Telefonos: Correo Electrónico:

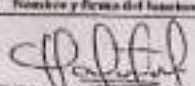
Nombre Papa: Ocupación:

Telefonos: Correo Electrónico:

Acudiente: AMELIA ADAME Ocupación: AMA DE CASA

Telefonos: Correo Electrónico:

Firma del entrenador: Jhon M Firma del padre de familia: AMELIA ADAME

 REPÚBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Número: N 2338752	
NUIP 1.118.146.579		Fecha de nacimiento: ☐ Datos Erróneos: ☐ Acuerdo Parentesco: ☒	
Datos del Insisto			
Apellidos y Nombres (completos)			
ADAME VELASCO NICOLAS SANTIAGO			
Fecha de nacimiento (Mes en letras)			
Año	2	0	1
Mes	S	E	P
Día	0	8	
Sexo (en letras)			
MASCULINO			
Tipo de Registro			
0 +			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento en su caso)			
COLOMBIA CASANARE SACAMA			
Fecha de inscripción (Mes en letras)			
Año	2	0	1
Mes	O	C	T
Día	0	8	
Indicador social			
0054585419			
Datos de la Madre			
Apellidos y Nombres (completos)			
ADAME VELASCO AMELIA			
Documento de identificación (Clase y número)			
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.146.331		Nacionalidad	
		COLOMBIA	
Datos del Padre			
Apellidos y Nombres (completos)			
Documento de identificación (Clase y número)			
Nacionalidad			
Datos del testador			
Apellidos y Nombres (completos)			
ADAME VELASCO AMELIA			
Documento de identificación (Clase y número)			
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.146.331			
Es copia para usos			
FIRM. COPIA DEL ORIGINAL. VALIDEZ PERMANENTE. SIN SELLOS.			
Nota de la oficina de registro que expide el certificado			
País: Departamento: Municipio:			
COLOMBIA CASANARE SACAMA			
Fecha de expedición del certificado (Mes en letras)			
Año	2	0	1
Mes	O	C	T
Día	0	8	
Nombre y firma del funcionario			
 MARIA HELENA TONCON SILVA Registrador del Estado Civil			



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	1118146579
NOMBRES	NICOLAS SANTIAGO
APELLIDOS	ADAME VELASCO
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	20/11/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 16:02:10 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](#)



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: <u>Sacame</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Juan M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Amelia</u>			Apellidos:	<u>Adame</u>				
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:					
Nº de Documento:	<u>11014631</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>				
Fecha de Nacimiento:				Nº Celular:					
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>								
Correo electrónico:									
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>				
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:	<u>Nolas Santiago</u>			Apellidos Deportista:	<u>Adame</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>		
Nº de Documento:	<u>11014631</u>			Expedido en:	<u>Sacame</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>6-10-14</u>			Nº Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacame</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						



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 Nicolás Santiago Adame 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	AMELIA ADAME	
NOMBRES Y APELLIDOS:	AMELIA ADAME	

(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
Tel. 944.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha Ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre:		
Mona Jose Carrillo		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Documento de identidad:
10	09-09-13	1222115460



Dirección:	Teléfono:
Centro	

Colegio:	Grado:	Correo Electronico:
Z.E.A.N	4º	

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte:	Semillero / Ciudad:	Categoría:	Modalidad:
F/s	Sucre	Infantil	F/s
Entrenador:	Teléfono:	Correo Electronico:	
Jhon M	310 242 2306	Jane 2306@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama:	Ocupación:
Yolimar Maria Pinilla	Independiente
Teléfono:	Correo Electronico:
Nombre Papa:	Ocupación:
Teléfono:	Correo Electronico:
Acudiente:	Ocupación:
Yolimar Maria	Independiente
Teléfono:	Correo Electronico:
310 833 1457	
Firma del entrenador:	Firma del padre de familia:
Jhon M	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.222.115.960**
CARRILLO MURCIA

APELLIDOS
MARIA JOSE

NOMBRES
Maria José Carrillo M
 FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-2013**
YOPAL
(CASANARE)
 LUGAR DE NACIMIENTO

09-SEP-2031
 FECHA DE VENCIMIENTO

22-OCT-2020 SACAMA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
 G S RH

F
 SEXO

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-4001500-01100050-F-1222115960-20201216 0072042598A 1 55-408636



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	1222115960
NOMBRES	MARIA JOSE
APELLIDOS	CARRILLO MURCIA
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	29/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/17/2023 12:04:55	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](#)



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: <u>Sauma</u>	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>		CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Yolimar</u>			Apellidos:	<u>Maria Finilla</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	Otro, cual:			
N° de Documento:	<u>103328634</u>			Expedido en:	<u>Sauma</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>11-07-88</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sauma</u>		
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:	<u>Mario Jose</u>			Apellidos Deportista:	<u>Carillo</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	Registro Civil:	Otro, cuál?:		
N° de Documento:	<u>123115960</u>			Expedido en:			
Fecha de Nacimiento:	<u>07-04-13</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sauma</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (8) 6363638

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS Instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Maria Jose Carrillo 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
NL 844.003.345-1

DEPARTAMENTO CASANARE
FICHA DE INGRESO

Fecha ingreso: 22-11-22

DATOS PERSONALES

Nombre: Darwin Javier Camacho Duarte		
Edad: 12	Fecha de Nacimiento: 05-10-16	Documento de identidad: 111814664111

FOTO



Dirección: Banakera		Telefonos:
Colegio: I.E.A.N	Grado: 5	Correo Electronico:

INFORMACION DEPORTIVA

Deporte: Futbol de Salon	Semillero / Ciudad: Sicunnu	Categoría: Infantil	Modalidad: F/S
Entrenador: Jhon M	Telefonos: 320 2422306	Correo Electronico: jame230@hotmail.com	

INFORMACION FAMILIAR

Nombre Mama: Maribel Duarte		Ocupación: Independiente
Telefonos:	Correo Electronico:	
Nombre Papa:		Ocupación:
Telefonos:	Correo Electronico:	
Nombre:		Ocupación:
Maribel Duarte		Independiente
Telefonos:	Correo Electronico:	
Firma del entrenador: Jhon M		Firma del padre de familia: Maribel Duarte C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.118.146.411**
CAMACHO DUARTE
APELLIDOS
DARWIN JAVIER
NOMBRES
Darwin

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-2014**
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-ABR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
16-ABR-2021 SACAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **M**
G S RH BEND



P. 0001 000 0 00000000 00 11 001 00000 00000000 0



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	1118146411
NOMBRES	DARWIN JAVIER
APELLIDOS	CAMACHO DUARTE
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	07/02/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/16/2023 16:05:29 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

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

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

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

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



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: <u>Sacama</u>	RESPONSABLE	NOMBRE: <u>Jhon M</u>
FECHA: <u>22-11-22</u>	GRUPO:	CARGO: <u>Instructor</u>

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

Nombres:	<u>Maribel</u>			Apellidos:	<u>Duarte</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	☒	CE	☐	Otro, cual:		
N° de Documento:	<u>116 773668</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:				N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
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:	<u>Narwin Javier</u>			Apellidos Deportista:	<u>Camacho</u>		
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	☒	RC	☐	Registro Civil:	<u>Otro, cuál?:</u>	
N° de Documento:	<u>11187466411</u>			Expedido en:	<u>Sacama</u>		
Fecha de Nacimiento:	<u>05-10-16</u>			N° Celular:			
Dirección de Residencia:	<u>Centro</u>						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	<u>Casanare</u>			Municipio Residencia:	<u>Sacama</u>		
Actividad a desempeñar:	<u>Deportista</u>						

Dirección física: Transversal 18 No. 14 - 09 Horario de atención al público: Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M.

Yopal, Casanare, Colombia Teléfono(s): PBX (57) (5) 6353638

Correo electrónico: secretaria@indercas-casanare.gov.co

Facebook: INDERCAS Instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas



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 Darwin Javier Camacho 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	<u>maribel Duarte c.</u>	
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>maribel Duarte c.</u>	

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

	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 FEBRERO 2023 AL 16 DE MARZO 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



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

Yopal,

10/3/2023

EL SUSCRITO LIDER DE PROYECTO: FORTALECIMIENTO A LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DEL SECTOR DEPORTE Y RECREACIÓN 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.

CERTIFICA:

Que, se revisaron las funciones del Contrato 243 Contratista Jhon Merchan

relacionadas con la actividad: 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.

Realizando las siguientes acciones: Diligenciamiento de la Encuesta de Actividad Física así:

GRUPO POBLACIONAL	CANTIDAD
Comunidades Negras Afro Raizales Palenquera	4
General	8
Habitante de Calle	
Indígena	4
LGTBIQ+ Diversa	4
Personas con Discapacidad	
Pobreza Extrema	7
Victimas del Conflicto Armandó	5
TOTAL	32

La presente certificación se expide, el día 10/3/2023

Atentamente,

NATHALY MANOSALVA

DEPARTAMENTO	CASANARE		MUNICIPIO(S)	SACAMA	
NOMBRES Y APELLIDOS	JHON ALEXANDER MERCHAN		Nº. CÉDULA	1.118.559.153	
Nº. CONTRATO	243		17 DE NOVIEMBRE	PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (7) MESES
PERIODO DEL INFORME	17 DE FEBRERO AL 16 DE MARZO	INFORME	4 DE 7	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	23 DE MARZO DE 2022
DATOS CONTACTO	TELÉFONO CELULAR	3002422306	CORREO ELECTRÓNICO	jame2306@hotmail.com	

REGISTRO FOTOGRAFICO					
					
ACCION	ENCUENTRO RECREATIVO Y FORMATIVO	FECHA	7/03/2023		
					
ACCION	TECNICA DEL PASE Y CONTROL CON BORDE INTERNO	FECHA	14/03/2023		
					
ACCION	TECNICA DE PASE GRUPAL	FECHA	16/03/2023		
					
ACCION	AUMENTO DE CONSUMO DE VO2	FECHA	17/03/2023		

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
PERIODO DEL INFORME	17 DE FEBRERO AL 16 DE MARZO	INFORME	4 DE 7	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	
DATOS CONTACTO	TELÉFONO CELULAR	3202422306	CORREO ELECTRÓNICO	jame2306@gmail.com	

REGISTRO FOTOGRÁFICO					
					
ACCION	REMATES GRUPALES CON CONTROL DE BALÓN	FECHA	20/02/2023	ACCION	ELONGACIÓN MUSCULAR
					
ACCION	POTENCIA DE MIEMBROS INFERIORES	FECHA	27/02/2023	ACCION	VISITA POR PARTE DE METODOLOGO ZONA 1
					
ACCION	TRABAJO DE COORDINACIÓN OCULO-PÉDICA	FECHA	3/03/2023	ACCION	COORDINACIÓN GRUPAL Y COHESIÓN DE GRUPO

FIRMA:

Jhon Alexander Merchan
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 DEPORTIVOS EN 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 FEBRERO del 2023 a 16 MARZO 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 23 días del mes de marzo del 2023.

Firma:

Firma:



Nombre: JHON ALEXANDER MERCHAN ESTUPIÑAN

No. Cédula: 1 118 559 153

No. Contacto: 320 242 23 06

Correo: jame230@hotmail.com

Contratista

(Sácama), 23/03/2023

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 17/02/2023 y el 16/03/2023, 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 ESTUPIÑAN**Cedula de Ciudadanía No. 1 118 559 153 de Yopal Casanare**

Dirección física: Transversal 18 No. 14 – 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a

6:00 P.M. Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** [secretaria@indercas-](mailto:secretaria@indercas-casanare.gov.co)

casanare.gov.co Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare

Página web: www.indercas-casanare.gov.co

Twitter: @indercas

**CERTIFICADO DECRETO 1070**

FO-A-GFI-08

27/04/2020

Versión 02

(Sácama), 23/03/2023

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

Dirección física: Transversal 18 No. 14 – 09 **Horario de atención al público:** Lunes a viernes: 8:00 A.M a 12:00 M - 2:00 P.M. a 6:00 P.M. Yopal, Casanare, Colombia **Teléfono(s):** PBX (57) (8) 6353638 **Correo electrónico:** secretaria@indercas-casanare.gov.co
Facebook: INDERCAS instituto de deportes de Casanare
Página web: www.indercas-casanare.gov.co
Twitter: @indercas



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



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:	7867897307	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES		
DÍAS DE MORA:	febrero AÑO 2023		febrero AÑO 2023		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1949494844		

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																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURO VIDA				SALUD				ARP			IBC	CCF											
																										ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	SENDA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																				
1	CC 1118559153	MERCHAN JHON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.160.000			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 185.600	EPSC25-CAPRESOCA EPS	30	\$ 1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	\$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.160.000	\$ 118.559.15	\$ 28.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL	\$ 358.900
--------------	-------------------



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

