FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Col Andres Bello		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	NWBU		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ivanna Antonella Conna Escobar Herrera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1052100091	EPS:	SURA
FECHA DE NACIMIENTO:	27-04-2012	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	Calle 34 sur #52A-54	BARRIO:	Tejar
TELÉFONO O CELULAR:	3227717490		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Niba Julieth	APELLIDOS:	Herrera Elaguiso
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1051826639	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 34 sur #52A-54	CELULAR:	3227717490

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Nitor Rafael	APELLIDOS:	Jaramillo Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 0827158	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 34 sur #52A-54	CELULAR:	3247730829

FIRMA DEL ACUDIENTE: Niba Herrera C.C. 1051826639

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018938428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nilba Julieth Herrera Elagcila, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1051826639 de San Juan Nepomuceno domiciliado en la dirección Calle 34 sur # 52A-54, actuando en calidad de acudiente del menor Ivanna Escobar identificado con la tarjeta de identidad No. 1052100091, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS SURA del régimen CONTRIBUTIVO.

Se firma en Bogotá a los 01 días del mes mayo de 2024.

Firma: Nilba Herrera

Nombre: NILBA JULIETH Herrera E c.c. 1051826639

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1052100091
NOMBRES	IVANNA ANTONELLA CORINA
APELLIDOS	ESCOBAR HERRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/30/2024 13:12:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.052.100.091
ESCOBAR HERRERA
APELLIDOS
IVANNA ANTONELLA CORINA
NOMBRES

Ivonna Escobar
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-2012
CARACAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO
27-ENE-2030 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-JUL-2021 EL CARMEN DE BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

P-0502200-01246025-F-1052100091-20210802 0075180552A 1 8502473724

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.051.826.639
HERRERA ELAGUILLA

APELLIDOS
NILBA JULIETH

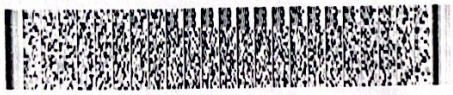
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1993
EL CARMEN DE BOLIVAR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-MAR-2013 SAN JUAN NEPOMUCENO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO



Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andrés Bello		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Nuevi		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	LUISA RODRIGUEZ BERMUDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1313150733	EPS:	CAPITAL SALUD
FECHA DE NACIMIENTO:	02-04-2016	EDAD:	8 AÑOS
DIRECCIÓN:	Cll 31 # 51F 47 SUR	BARRIO:	ALCALA SUR
TELÉFONO O CELULAR:	3227073546		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES: JESSICA	PAOLA	APELLIDOS:	BERMUDEZ CORTES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1113307617	TELÉFONO:	3227073546
DIRECCIÓN:	Cll 31 # 51F 47 SUR	CELULAR:	3227073546

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES: DAVID		APELLIDOS:	RODRIGUEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1075626476	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN: Cll 31 # 51F 47	SUR	CELULAR:	3024113934

FIRMA DEL ACUDIENTE: JESSICA B C.C. 1113307617

FIRMA DEL PROFESOR (A): SUSAN VARGAS
C.C. 1018938928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo JESSICA PAOLA BERMUDEZ CORTES identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1113309617 de SEVILLA VALLE. domiciliado en la dirección CL 34 #51F-47 SUR, actuando en calidad de acudiente del menor LUCIANA RODRIGUEZ identificado con la tarjeta de identidad No. 1013150733, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS CAPITAL SALUD del régimen SUBSIDIADO.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes ABRIL de 2024.

Firma: JESSICA B

Nombre: JESSICA PAOLA BERMUDEZ C. c.c. 1113309617

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.013.150.733
RODRIGUEZ BERMUDEZ

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES
Luciana Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-2016
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
B+
G S RH
F
SEXO
25-ABR-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ÍNDICE DERECHO
P-1500150-01352630-F-1013150733-20230426 0105991816A 1 8508009562

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.113.307.617
BERMUDEZ CORTES
APELLIDOS
YESSICA PAOLA
NOMBRES
JESSICA BERMUDEZ
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1991
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
11-JUN-2009 SEVILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01269077-F-1113307617-20211126 0076883203A 2 8503390970

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1013150733
NOMBRES	LUCIANA
APELLIDOS	RODRIGUEZ BERMUDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	02/04/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/10/2024 07:15:20	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación**

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andrés Bello		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milan		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Joseph Matias Acevedo Ramirez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025556542	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	Mayo 26 - 2015	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Cra 68c #37b-14 sur	BARRIO:	Alqueria de la Fragua
TELÉFONO O CELULAR:	3702410318 3103839289		3115573608

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Jackelin	APELLIDOS:	Ramirez M.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52308411	TELÉFONO:	3702410318
DIRECCIÓN:	Cra 68c #37b-14 sur	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Mauricio	APELLIDOS:	Acevedo G.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79196537	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 68 C #37b14 sur	CELULAR:	3103839289

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52'308.411 Bta

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018938428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jackelin Ramirez Molano, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52308411 de Bta, domiciliado en la dirección Cra 68c #32b-14 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Matias Acevedo R. identificado con la tarjeta de identidad No. 1075556542, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS famisanar del régimen Subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Jackelin Ramirez Molano C.C. 52308411 Bta

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.025.556.542
ACEVEDO RAMIREZ

APELLIDOS
JOSEPH MATIAS

NOMBRES

Matias Acevedo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-MAY-2033 B+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
15-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01309473-M-1025556542-20220726 0080173114A 2 8505161299

Powered by CamScanner


COLOMBIA

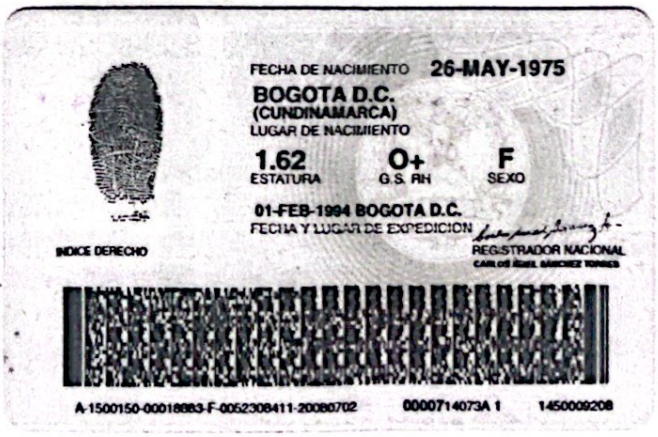
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.308.411
RAMIREZ MOLANO

APELLIDOS
NUBIA JACKELIN

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

01-FEB-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00018883-F-0052308411-20080702 0000714073A 1 1450009208

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1025556542
NOMBRES	JOSEPH MATIAS
APELLIDOS	ACEVEDO RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	16/12/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/14/2024 14:24:45	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello		
DEPORTE:	Gimnasia aeróbica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	MUZU		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Marilyn Joseth Cruz Salcedo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1012448974	EPS:	Capital salud contributivo
FECHA DE NACIMIENTO:	21/Julio/2016	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Calle 30 Sur #68B 129	BARRIO:	Florida
TELÉFONO O CELULAR:	3238810333		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI X NO ___ CUAL? Epilepsia Congenita

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ___ Femenino: X LGTBI: ___

ETNIA: Afro: ___ Room: ___ Indigena: ___

Gitano: ___

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI X NO ___ CUAL? Cognitiva leve

NUEVAS CIUDADANIAS: ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maria Camila	APELLIDOS:	Salcedo Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1024641536	TELÉFONO:	3
DIRECCIÓN:	Calle 66bis #81 c 03	CELULAR:	3044208401

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Cristian Gonzalez	APELLIDOS:	Cruz Perez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1012504449	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 66bis #81 c 03	CELULAR:	300 791 71 84

FIRMA DEL ACUDIENTE: ___ C.C. 51933120

FIRMA DEL PROFESOR (A): ___
C.C. 1018958928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yenny Adriana Hernández, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51933120 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 30 Sur #68D 29, actuando en calidad de acudiente del menor Marilyn Jineth Cruz identificado con la tarjeta de identidad No. 1012445474, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Capital salud del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Abril de 2024.

Firma: _____

Nombre: Yenny Hernandez C.C. 51933120

Powered by CamScanner

capitalsalud eps-s

CERTIFICA

Que la señora: MARIA CAMILA GALEANO HERNANDEZ, con tipo documento Cédula de Ciudadanía No. 1024546536, se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa GOLD RH S.A.S BIC, NIT/CC 900429973 en calidad de DEPENDIENTE, desde el 22 de noviembre de 2023.

Beneficiarios:

MARILYN JINETH CRUZ GALEANO, con tipo de documento Tarjeta de Identidad No. 1012445474. Parentesco: Hijo o hija.

NOAH ALEJANDRO GALEANO HERNANDEZ, con tipo de documento Registro Civil No. 1028674945. Parentesco: Hijo o hija.

Se expide el día 15 de abril de 2024a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.012.445.474
CRUZ GALEANO

APELLIDOS
MARILYN JINETH

NOMBRES
MarilynCruz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

21-JUL-2033 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

28-SEP-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01323195-F-1012445474-20221013 0087434045A 2 8505851840

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.933.120

HERNANDEZ SAVOGAL

APELLIDOS

YENNY ADRIANA

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Jojan Vargas	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andrés Bello		
DEPORTE:	Gimnasia Aeróbica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Luciana Cortés Urrego		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.141.131.157	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	04 Agosto 2014	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Cll 38 B bis Sur 51 D 30	BARRIO:	Mazá
TELÉFONO O CELULAR:			

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI___ NO X CUAL?___

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ___ Femenino: X LGTBI: ___

ETNIA: Afro: ___ Room: ___ Indigena: ___

Gitano: ___

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

NUEVAS CIUDADANIAS: No aplica

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Ella Martina	APELLIDOS:	Cortés Urrego
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.165.018	TELÉFONO:	322 294 82 38
DIRECCIÓN:	Cll 38 B bis Sur 51D30	CELULAR:	322 294 8238

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Ella Martina C.C. 52.165.018

FIRMA DEL PROFESOR (A): ___

C.C. 1016938428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ella Martina Cortés Urrego, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.165.018 de Natagaima (Tol..) domiciliado en la dirección Cll 38 B bis sur 51B 30, actuando en calidad de acudiente del menor Luciana Cortés U, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.141.131.157, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Abril de 2024.

Firma: Ella Martina

Nombre: Ella Martina Cortés Urrego C.C. 52.165.018

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.131.157
CORTES URREGO
APELLIDOS
LUCIANA
NOMBRES

Luciana C.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-AGO-2032 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

18-SEP-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01256110-F-1141131157-20210921 0075631389A 1 8502932741

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.165.016
CORTES URREGO
APELLIDOS
ELLA MARTHA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1974
NATAGAIMA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-MAY-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-[illegible] F-[illegible] 20211112 [illegible]

Powered by CamScanner

AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 01 04 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres				
	Cortes	Viego	Elia	Yadira
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad		9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	52 165 018		X		29 04 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Positiva	Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000
18. Residencia: Cll 38b bis sur # 51d-30
Teléfono fijo y/o celular: 3222948238
Correo electrónico: tina321974@hotmail.com
Zona Urbana [X] Rural [ ]
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Distrito: Puente Aranda

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres				
	Bogota D.C.			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1	Cortes	Viego	Luciana		TI	1141131157	X	
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M) Condición (T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col. B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Industrial e Iluminación 3L S.A.S.
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901154870
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cll 18 # 12-62
Teléfono fijo y/o celular: 3053651219
Correo electrónico: contabilidad3l@hotmail.com
Departamento: Bogotá
Municipio / Distrito: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [X] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad [ ] Número de documento de identidad [ ] Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] Fecha de nacimiento [ ] 42. Fecha 01 04 1974
43. EPS anterior [ ] 44. Motivo de traslado Código [ ] 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones [ ]

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

Elia Yadira Cortes Viego

INDUSTRIAL E ILUMINACIÓN 3L SAS
Nit. 901.154.870-0
Calle 18 No. 12-62 - Cel.: 311 590 725
industrialeiluminacion3l@hotmail.com

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [X] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación		
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES:		

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner