ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	DANIN VEGA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	ANGELI BELO		
DEPORTE:	Voleiball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	MUZU		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Evelyn Lorena Gonzalez Tovar		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1074528359	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	16-MARZO-2010	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	cl 38 SUR # 68F-76	BARRIO:	Alquería Fragua
TELÉFONO O CELULAR:	3125143172 - 3115251226		

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:	Nathalie TO	APELLIDOS:	Tovar Castillo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1024528917	TELÉFONO:	3125143172
DIRECCIÓN:	cl 38 sur # 68f 26	CELULAR:	3125143172

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Arturo	APELLIDOS:	Gonzalez Fuentes
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010190938	TELÉFONO:	3115251226
DIRECCIÓN:	cl 38 sur # 68f 26	CELULAR:	3115251226

FIRMA DEL ACUDIENTE: Nathalie Tovar C.C. 1024528917

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80203455

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nathalie tovar, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1024528917 de Bogotá, domiciliado en la dirección cl 38 sur # 68 f 26, actuando en calidad de acudiente del menor evelyn lorena gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1074528359, 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 salud total del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Abril de 2024.

Firma: Nathalie Tovar

Nombre: yolanda Nathalie tovar C.C. 1024528917

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.074.528.359

GONZALEZ TOVAR

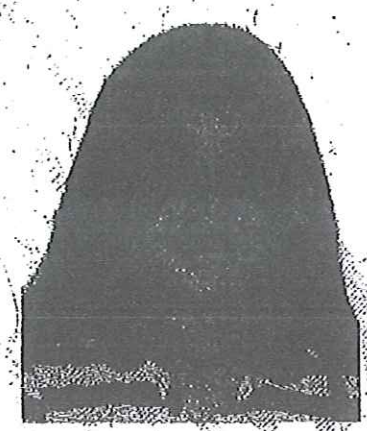
APELLIDOS

EVELYN LORENA

NOMBRES

Evelyn Gonzalez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2010

SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-MAR-2028 O+ F

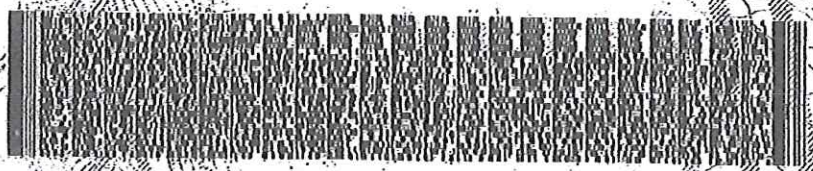
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

20-JUN-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VACA



P-1500150-00931792-F-1074528359-20170814 0057055553A 1 1301494391

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	1074528359
NOMBRES	EVELYN LORENA
APELLIDOS	GONZALEZ TOVAR
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	12/08/2010	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/12/2024 10:37:27	**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".

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.528.917

TOVAR CASTILLO

APELLIDOS

YOLANDA NATHALIE

NOMBRES

NATHALIE TOVAR

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-MAY-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00242762-F-1024528917-20100629 0022500333A 1 34667852

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Colegio Andres Bello		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Puente Aranda / Muzu		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Andres David Prado Laguna		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1029145739	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	28/02/2008	EDAD:	16 años
DIRECCIÓN:	Cll 59 b sur N 77-44	BARRIO:	Estancia san Isidro
TELÉFONO O CELULAR:	3228422604		

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:	Heidy	APELLIDOS:	Laguna Reyes
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52444408	TELÉFONO:	3214198840
DIRECCIÓN:	Calle 59b sur N 77-44	CELULAR:	3214198840

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Alberto	APELLIDOS:	Prado Castro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79923926	TELÉFONO:	3102899483
DIRECCIÓN:	Calle 59b sur N 77-44	CELULAR:	3102899483

FIRMA DEL ACUDIENTE: Heidy Laguna Reyes C.C. 52444408 Bta

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 80203955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Hardy Jaguna Reyes, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52444408 de Bogota, domiciliado en la dirección Calle 59b N 77-49, actuando en calidad de acudiente del menor Andres Pardo identificado con la tarjeta de identidad No. 1024145739, 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.

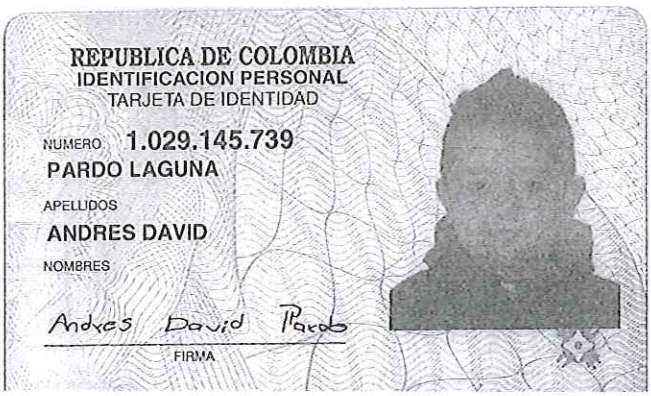
Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas 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 21 días del mes ABRIL de 2024.

Firma: Hardy Jaguna Reyes

Nombre: Hardy Jaguna Reyes C.C. 52444408 bta



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.029.145.739
PARDO LAGUNA
APELLIDOS
ANDRES DAVID
NOMBRES

Andres David Pardo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-FEB-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
M
SEXO
17-JUN-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00742460-M-1029145739-20150829 0046107458A 2 1223452930

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	1029145739
NOMBRES	ANDRES DAVID
APELLIDOS	PARDO LAGUNA
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	04/03/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/02/2024 11:28:17	**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".

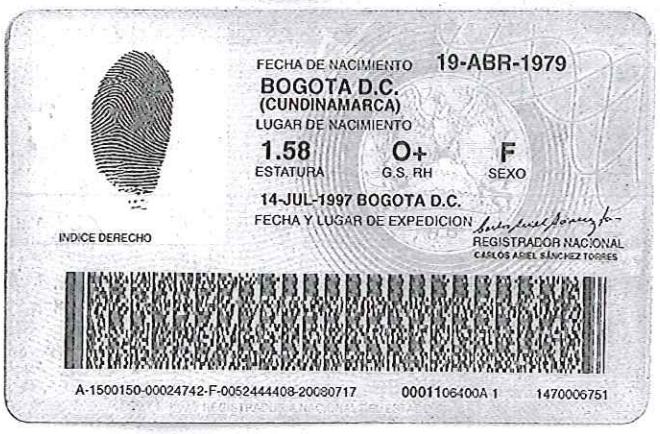
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.444.408
LAGUNA REYES
APELLIDOS
HEIDY
NOMBRES

Heidy Laguna Reyes.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-1979
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-JUL-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00024742-F-0052444408-20080717 0001106400A 1 1470006751

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Rozo	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Colegio Andres Bello		
DEPORTE:	volleyball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Puente Aranda / Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Steban Sorza Mayorga		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028863736	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	24-Oct/2007	EDAD:	16
DIRECCIÓN:	Cll 38 C Bis #68 D 78 Sur	BARRIO:	Alqueria La Fragua
TELÉFONO O CELULAR:	319 2749736		

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:	Rocio Guillevet	APELLIDOS:	Mayorga Mesa
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52230370	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cll 38 C Bis #68 D 78 Sur	CELULAR:	314 2101324

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Rocio Mayorga M. C.C. 52.230370 Bta

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 80203955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Rosio Mayorga Mesa, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.230.370 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 38c bis # 68d 78 sur actuando en calidad de acudiente del menor Steban Sorza M. identificado con la tarjeta de identidad No. 1028863736, 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 Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes Mayo de 2024.

Firma: Rosio Mayorga Mesa

Nombre: Rosio Mayorga Mesa c.c. 52 230 370 Bta

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.028.863.736**

SORZA MAYORGA

APELLIDOS

JUAN STEBAN

NOMBRES

juan steban sorza mayorga

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

24-OCT-2025 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

21-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00647787-M-1028863736-20141126 0041411019A 1 1893160603



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.230.370
MAYORGA MESA

APELLIDOS
ROSIO GUILLERET

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-OCT-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00248473-F-0052230370-20100805 0023260924A 2 1500881033

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	1028863736
NOMBRES	JUAN STEBAN
APELLIDOS	SORZA MAYORGA
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.	CONTRIBUTIVO	24/10/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/02/2024 11:27:42	**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 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello		
DEPORTE:	Ibdeiball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Mariana Fonseca Tampera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1027526683	EPS:	Sura
FECHA DE NACIMIENTO:	16 Agosto 2008	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	Kr 51F #43-34 Sur	BARRIO:	Alquería
TELÉFONO O CELULAR:	3052702319 - 3154766857		

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:	Judy Marcela	APELLIDOS:	Tampera Lozano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52838540	TELÉFONO:	3052702319
DIRECCIÓN:	Kr 51F #43-34 Sur	CELULAR:	3052702319

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Leonardo Alfonso	APELLIDOS:	Fonseca Castillo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1031121632	TELÉFONO:	3154766857
DIRECCIÓN:	Kr 51F #43-34 Sur	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52838540

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80208955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Judy Marcela Jompreadozaro identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52838540 de Bogotá, domiciliado en la dirección Kr 51F # 43-34 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Mariana Fonseca Jompreda identificado con la tarjeta de identidad No. 1026526683, 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 11 días del mes 04 de 2024.

Firma: _____

Nombre: Judy Marcela Jompreadozaro C.C. 52838540



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.027.526.683
FONSECA LAMPREA
APELLIDOS
MARIANA
NOMBRES

Mariana
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-AGO-2026 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
28-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1500150-00936102-F-1027526683-20170830 0057213701A 1 1104593314

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

Valley

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	1027526683
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	FONSECA LAMPREA
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:	04/17/2024 14:18:14	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 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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad


COLOMBIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 52.838.540
LAMPREA LOZANO
APELLIDOS
JUDY MARCELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
AB+
G.S. RH
F
SEXO
05-ABR-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1500150-01290530-F-0052838540-20220413
0078767058A 1
9918863035

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Jamid Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello		
DEPORTE:	Voley		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzu		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sebastian Cardenas Rincon		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028882067	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	25 Junio 2009	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Carrera 68 C Sur # 11-36	BARRIO:	Villa Claudia
TELÉFONO O CELULAR:	3132459963		

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

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Jose Reinel	APELLIDOS:	Cardenas Echavarria
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79905567	TELÉFONO:	3186998036
DIRECCIÓN:	Carrera 68 C Sur # 11-36	CELULAR:	3186998036

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 79905967

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 52C5955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo jose. Reinel Cardenas, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79905567 de Bogotá, domiciliado en la dirección Kr 68C # 11-36 Sur., actuando en calidad de acudiente del menor sebastian. Cardenas identificado con la tarjeta de identidad No. 1028888067, 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 sanitas. del régimen subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 14 días del mes Abril de 2024.

Firma: _____

Nombre: jose Reinel Cardenas C.C. 79905567



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-2009

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-JUN-2027 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

17-AGO-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1500150-00846248-M-1028888067-20160902 0050853365A 1 7724060580

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.888.067
CARDENAS RINCON
APELLIDOS
SEBASTIAN
NOMBRES

Sebastian cardenas
FIRMA



EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1028888067
NOMBRES Y APELLIDOS	Cardenas Rincon,Sebastian
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	09/09/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cardenas Rincon,Sebastian , a los 14 días del mes de abril del año 2024.

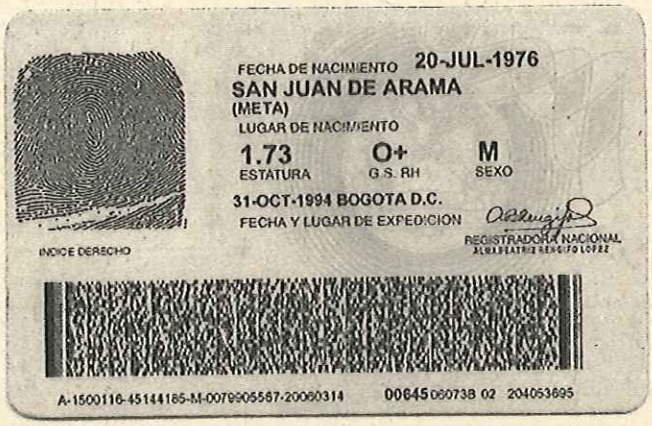
NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.905.567
NUMERO
CARDENAS BOHORQUEZ
APELLIDOS
JOSE REINEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1976
SAN JUAN DE ARAMA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500116-45144185-M-0079905567-20060314 0064508073B 02 204053695

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera Gallo	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello IED		
DEPORTE:	Voleybol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Huzo		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Gabriela Murillo Contreras		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013127548	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	16 - 08 - 2009	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Cra 50 A #38A 28 Sur	BARRIO:	Autopista del Sur.
TELÉFONO O CELULAR:	305 224 8733		

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:	Angelica Maria	APELLIDOS:	Contreras Saavedra
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52233863	TELÉFONO:	2709145
DIRECCIÓN:	Cra 50 A #38A-28 Sur	CELULAR:	3103421735

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Rodrigo	APELLIDOS:	Murillo Santacal
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80154266	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 50 A #38 A -28 Sur.	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52233863.

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 80203755

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angelica Maria Contreras Sarmiento, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52233863 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 50 A #38A-28 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Gabriela M, identificado con la tarjeta de identidad No. 1013127548, 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 Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Angelica Maria Contreras S. C.C. 52233863

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.127.548**

MURILLO CONTRERAS

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Murillo C

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-2009**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

16-AGO-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

02-MAY-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00903909-F-1013127548-20170509 0055349666A 1 1174423697

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1013127548
NOMBRES Y APELLIDOS	Murillo Contreras,Gabriela
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Contreras Saavedra,Angelica Maria, a los 14 días del mes de abril del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.233.863
CONTRERAS SAAVEDRA

APELLIDOS
ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1978
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

21-AGO-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00203565-F-0052233863-20091216 0019108712A 1 1710517052

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera Gallo	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Colegio Distrital Andres Bello		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Valerie Alexandra Pico Pico		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.069.737.776	EPS:	Famisanar.
FECHA DE NACIMIENTO:	10/09/2009	EDAD:	14 años.
DIRECCIÓN:	Calle 38A sur # 50A-81	BARRIO:	Autopista sur.
TELÉFONO O CELULAR:	3044476046		

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: ___ 0 ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Luz Dary	APELLIDOS:	Pico Méndez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	40432212	TELÉFONO:	3044476040
DIRECCIÓN:	Calle 38A sur # 50A-81	CELULAR:	6014933513

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Arnulfo	APELLIDOS:	Pico Sánchez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79770561	TELÉFONO:	3148678851
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 40432212

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80203955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Dary Pico Méndez., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40 432 212. de Acacias (M)., domiciliado en la dirección Calle 38A Sur #50A -81, actuando en calidad de acudiente del menor Valerie A. Pico identificado con la tarjeta de identidad No. 1.069.737.176., 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.

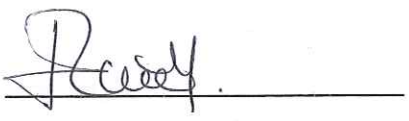
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

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 Contributivo.

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

Firma: 

Nombre: Luz Dary Pico Mendez. c.c. 40 432 212.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.069.737.116.

PICO PICO

APELLIDOS

VALERIE ALEXANDRA

NOMBRES

valerie pico

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-2009

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-SEP-2027
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

28-NOV-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-01277055-F-1069737116-20220119 0077896030A 1 9918267498

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	1069737116
NOMBRES	VALERIE ALEXANDRA
APELLIDOS	PICO PICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	FUSAGASUGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	10/09/2009	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/14/2024 13:51:51	**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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.432.212**

PICO MENDEZ

APELLIDOS

LUZ DARY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1979**

GUAMAL
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-MAY-1998 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00834938-F-0040432212-20160603 **005001**1000A 1 1303932390

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello		
DEPORTE:	Volleyball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	NUEVO		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sara Sofia Guzman Melo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014740147	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	07/07/2009	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Calle 52h #71 F 53	BARRIO:	Olarte
TELÉFONO O CELULAR:	3057084012		

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:	Leidy Melo	APELLIDOS:	Melo Castellanos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52859940	TELÉFONO:	3057084012
DIRECCIÓN:	Calle 52 h #71 F 50	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Leidy Melo C.C. 52859940

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80263955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Leidy Marcela Melo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52859940 de Bogota, domiciliado en la dirección Calle 57 h # 71 F 50, actuando en calidad de acudiente del menor Sara Guzman identificado con la tarjeta de identidad No. 1019740147, 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 Sanitas del régimen Contributivo.

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

Firma: Leidy Melo.

Nombre: Leidy Marcela Melo c.c. 52859940

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.014.740.147
GUZMAN MELO

APELLIDOS
SARA SOFIA

NOMBRES

sara Guzman

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-JUL-2027 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

27-ENE-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083464-F-1014740147-20190712 0066329408A 1 9909009712

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.859.940
MELO CASTELLANOS

APELLIDOS
LEIDY MARCELA

NOMBRES
Leidy Marcela Melo C

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 05-DIC-1981
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-DIC-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01327338-F-0052859940-20221104 0088887600A 1 9920857477

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1014740147
NOMBRES Y APELLIDOS	Guzman Melo,Sara Sofia
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/01/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Melo Castellanos,Leidy Marcela, a los 15 días del mes de abril del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andrés Bello		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ana María Fernández Idarraga		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011203707	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	14-02-2010	EDAD:	14 años
DIRECCIÓN:	Calle 35 sur # 52-22	BARRIO:	alcala sur
TELÉFONO O CELULAR:	312-7105870 - 3194948822.		

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:	Elena Idarraga	APELLIDOS:	Idarraga Moreno
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'023.868	TELÉFONO:	3127105870
DIRECCIÓN:	Calle 35 sur # 52-22	CELULAR:	3127105870

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Gustavo Alberto	APELLIDOS:	Fernandez Rios
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	18'395.377	TELÉFONO:	3108700289
DIRECCIÓN:	Calle 35 sur # 52-22	CELULAR:	3108700289.

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52'023.868

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Elena Idárraga Moreno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52'023.868 de Bogotá, domiciliado en la dirección Clle 35 sur # 52-22, actuando en calidad de acudiente del menor Ana María Fernández identificado con la tarjeta de identidad No. 1011203707, 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 _____.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Abril de 2024.

Firma: Elena Idárraga

Nombre: Elena Idárraga M. C.C. 52'023.868

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.203.707**
FERNANDEZ IDARRAGA

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES

Ana Maria Fernandez Idarraga

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-2010**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-FEB-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

18-MAR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
G S RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01083478-F-1011203707-20190712 0066333660A 1 1235395539

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.023.868
NUMERO

IDARRAGA MORENO
APELLIDOS

CARMEN ELENA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1971
CALARCA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-1990 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-47141301-F-0052023868-20060102 02987 06002A 02 204379593

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA MARIA FERNANDEZ IDARRAGA identificado(a) con TI 1011203707 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/07/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 14 días del mes abril del 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Gonzalo Zamudio, DAVID VILLA	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Colegio Andres Bello		
DEPORTE:	voleyball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	MUZU		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Yarleza Yaneth Mena Mosquera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1139794019	EPS:	Contacho Coó
FECHA DE NACIMIENTO:	1 de junio del 2009	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	calle 38A 2a 52c 51	BARRIO:	alguera
TELÉFONO O CELULAR:	319276 8998		

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? Ninguna

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: X Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? Ninguna

NUEVAS CIUDADANIAS: NO

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	ingrid chaang	APELLIDOS:	Mosquera Mosquera
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	35895008	TELÉFONO:	3226755857
DIRECCIÓN:		CELULAR:	322 675 5857

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Jorge eliecer	APELLIDOS:	Paño Chaguala
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	5970056	TELÉFONO:	310 325 7598
DIRECCIÓN:	Calle 38A 2a 52c 51	CELULAR:	310 325 7598

FIRMA DEL ACUDIENTE: Jorge Paño C.C. 5970.056

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80243955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jorge Riaño, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 5970.05 de Ortega Tol. domiciliado en la dirección Cl 38 9S. 52 C. 51, actuando en calidad de acudiente del menor Yamila Meneu identificado con la tarjeta de identidad No. 1139794019, 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.

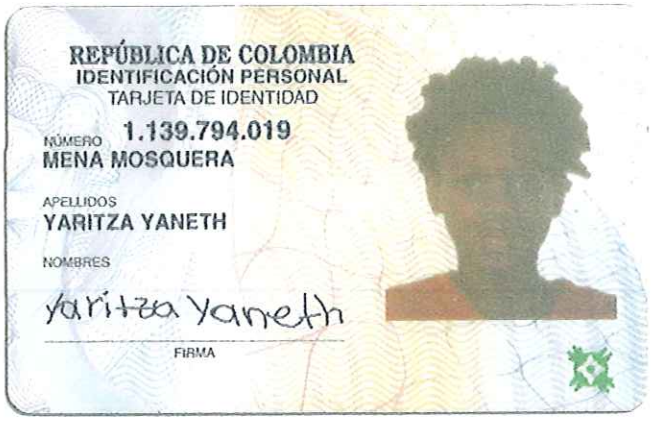
Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas 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 Sisben.

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

Firma: Jorge Riaño.

Nombre: Jorge E. Riaño. C.C. 5970.05 6



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.139.794.019
MENA MOSQUERA

APELLIDOS
YARITZA YANETH

NOMBRES
yaritza yaneth

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUN-2009
QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-JUN-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
04-FEB-2020 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1703100-01134587-F-1139794019-20200227 0070273861A 2 1835853322

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 IDENTIFICÁCION	1139794019
NOMBRES	YARITZA YANETH
APELLIDOS	MENA MOSQUERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CHOCO
MUNICIPIO	QUIBDO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ	SUBSIDIADO	01/06/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/10/2024 16:41:57	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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.970.056
RIAÑO CHAGUALA

APELLIDOS
JORGE ELIECER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1968
ORTEGA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-1987 ORTEGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00210581-M-0005970056-20100126 0020279459A 2 1500613350

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andres Bello		
DEPORTE:	[redacted] · Voleiball.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Nerowa Antonia Plaño Mosquera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025.542.829	EPS:	Compensar.
FECHA DE NACIMIENTO:	29-Sept-2009.	EDAD:	14.
DIRECCIÓN:	Call 38A Sur 52C.51	BARRIO:	Bolivia
TELÉFONO O CELULAR:	3103257598 / 3192768998.		

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: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indígena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO ____

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Vicky	APELLIDOS:	Mosquera
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	35845909	TELÉFONO:	3148371380.
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Jorge Alberto	APELLIDOS:	Plaño Cuartas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	8970856.	TELÉFONO:	310.3257598.
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Jorge Plaño C.C. 8970.856.

FIRMA DEL PROFESOR (A): David
C.C. 80203955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jorge Eliecer R I = O, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 5970.056 de Ortega (Tol) domiciliado en la dirección calle 38a sur · 52c · 51, actuando en calidad de acudiente del menor Veronica Rivera, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025.542.829 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 11. días del mes Oct. de 2024.

Firma: Jorge R I = O

Nombre: Jorge Eliecer R I = O C.C. 5970.056.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.025.542.829**
RIAÑO MOSQUERA

APELLIDOS
VERONICA ANTONIE

NOMBRES

Veronica

FIRMA

Impulsado por CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-2009**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-SEP-2027 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. (RH) SEXO

26-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

Impulsado por 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	1025542829
NOMBRES	VERONICA ANTONIE
APELLIDOS	RIAÑO MOSQUERA
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/11/2024 07:30:05	**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 Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.970.056
RIAÑO CHAGUALA

APELLIDOS
JORGE ELIECER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1968
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-DIC-1987 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00210581-M-0005970056-20100126 0020279459A 2 1500613350

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	David Vera	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Andrés Bello		
DEPORTE:	BOLETBOL		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Muzú		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	DANNA SOFIA GIRATA GOMEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025543574	EPS:	SANITAS
FECHA DE NACIMIENTO:	15-12-2009	EDAD:	14 AÑOS
DIRECCIÓN:	CALLE 59A SUR 52-24	BARRIO:	Madelena
TELÉFONO O CELULAR:	3145967221 - 3125497089		

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

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	OCRA GOMEZ	APELLIDOS:	GOMEZ RODRIGUEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	37948836	TELÉFONO:	3125497089
DIRECCIÓN:	CALLE 59 SUR 52-24	CELULAR:	3145967221

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	JAIRO ANTONIO	APELLIDOS:	GIRATA COBEDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80932163	TELÉFONO:	3125497089
DIRECCIÓN: CALLE 59A SUR 52-24		CELULAR:	3125497089

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 37948836

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. 80203955

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo DORA GÓMEZ R., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 37948836 de Socorro Stdr domiciliado en la dirección calle 59Sur 52-24, actuando en calidad de acudiente del menor DANNA SOFÍA GIRATA identificado con la tarjeta de identidad No. 1025543574, 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 Sanitas del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: DORA GÓMEZ R. C.C. 37'948'836

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.025.543.574
GIRATA GOMEZ
APELLIDOS
DANNA SOFIA
NOMBRES

Danna Sofia Girata Gomez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-2009
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-DIC-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
21-FEB-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01073410-F-1025543574-20190416 0065242678A 1 7725359529

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	1025543574
NOMBRES	DANNA SOFIA
APELLIDOS	GIRATA GOMEZ
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	18/12/2009	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/10/2024 19:11:14	**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 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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
37948836

APELLIDOS
GOMEZ RODRIGUEZ

NOMBRES
DORA CECILIA

Dora Cecilia Gómez R

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1982
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-DIC-2000 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2719900-59090542-F-0037948836-20010531 0046501150B 01 102335144