

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.444.609**
LOPEZ GARCIA

APELLIDOS
ANA SOFIA

NOMBRES
SOFIA LOPEZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-2014**
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO
08-AGO-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
04-NOV-2021 RECETOR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

O+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA GARCIA



P-4676000-01288093-F-1123444609-20220329 0078587695G 1 55488724

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.444.609**
LOPEZ GARCIA

APELLIDOS
ANA SOFIA

NOMBRES

SOFIA LÓPEZ

FIRMA



ÍNDICE DE RECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-2014**
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO
08-AGO-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
04-NOV-2021 RECETOR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRAR GENERAL
ALEXANDER VEGAS



P-4676000-01288093-F-1123444609-20220329

0078587695G 1

55488724

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 :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	09/24/2024 19:57:25	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

Recuerde,...

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al SGSSS.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, por favor remítase a la EPS o EOC en la cual se encuentra afiliado y solicite corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a ADRES, conforme lo establece la normativa vigente y los procedimientos inherentes a las EPS.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad ADRES, no expiden certificaciones en razón a que la EPS es la responsable por los soportes de afiliación.

El afiliado con número de documento 1123444609 no se encuentra en BDUA

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".

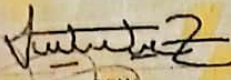
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.861.231**
LOPEZ AVELLA

APELLIDOS
JOSE NORBERTO

NOMBRES


FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1979**

RECETOR
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **A+** **M**
ESTATURA G.S RH SEXO

25-JUN-1997 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 5200100 00396997 M 0074861231 20120905 0030981747A 1 6711982861

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN MODALIDAD ATRAPASUEÑOS	F1.MO29.PP	03/05/2024
		Versión 1	Página 1 de 2

Fecha: 18/09/24 Departamento: Casanare Municipio: Receptor

Yo, Jose Norberto Lopez Avella, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE NUIP (RC) , número 74861231, obrando en calidad de: Padre X Madre Cuidador

De la niña, niño o adolescente Ana Sofia Lopez Garcia, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) , TI X, CE , número 1.123.444.601, manifiesto que: SI X NO

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la Modalidad Atrapasueños del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de este permiso manifiesto que fui informado(a) y SI X NO estoy de acuerdo que, durante la participación en el proceso de atención del ICBF se:

0. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías de los participantes.
1. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
2. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la Modalidad, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

¡Antes de Imprimir este documento... plense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN MODALIDAD ATRAPASUEÑOS	F1.MO29.PP	03/05/2024
		Versión 1	Página 1 de 2

Suscriben:

Firma del participante: Sofia Lopez
Nombre del participante: Año Sofia Lopez Garcia
Teléfono de contacto del participante: _____

Firma de la madre, padre o cuidador: Jose Norberto Lopez Auella
Nombre de la madre, padre o cuidador: Jose Norberto Lopez Auella
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3105608039

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la operación, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Sistema de Identificación de
Poblaciones Beneficiarias de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

24/09/2024

Ficha:

85279005523500000030

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA SOFIA

Apellidos: LOPEZ GARCIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1123444609

Municipio: Recetor

Departamento: Casanare

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

18/07/2023

Última actualización ciudadano:

18/07/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna Inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

A1→A5

Pobreza extrema

B1→B7

Pobreza moderada

C1→C18

Vulnerabilidad

D1→D21

Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

ROBINSON MORALES AGUILAR

Dirección:

Calle 2 No 2 - 40

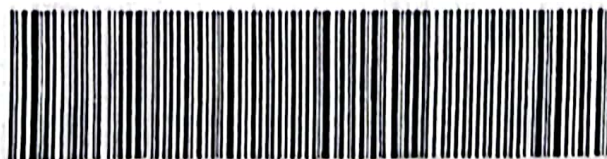
Teléfono:

6351007 - 3124336125

Correo Electrónico:

sisben@recetor-casanare.gov.co

C. P. Recetto/
Casa anaranjada
al lado de la
tienda del señor
Jorge Gollego.



* J151776999012216-6013-0120073-25 (3320-0000703483