



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumple con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Paula Fernanda Sepúlveda
Firma

Lucy Miriam Vanegas
Firma

NOMBRE: Paula Fernanda Sepúlveda
No. Documento de Identidad: 625071642

NOMBRE: Lucy Miriam Vanegas
No. Documento de Identidad: 52918133

Teléfono: 320 408 1595

Teléfono: 320 408 1595

Correo Electrónico: lucymiriamvanegas@outlook.com

Correo Electrónico: lucymiriamvanegas@outlook.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Johán Mauricio
Teléfono: 3203318164

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretón de manos, golpes de puño o abrazos.



https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=dDGqaXdB01UJCdApyWL2w==

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

ADRES Salud

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

ación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1025071642
NOMBRES	PAULA FERNANDA
APELLIDOS	SEPULVEDA VANEGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/06/2025 13:57:39 Estación de origen: 2800:484:1a8e:5d00:b801:66c8:d116:ea20

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,

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=dDGqaXdB01UJCdApyWL2w==



Barras

CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD Y/O EVENTO: (Diligenciar en computador)
LUGAR: (Diligenciar en computador)
FECHA: (Diligenciar en computador)

En correspondencia a lo dispuesto en la Resolución 1238 de 2022, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se dictan medidas para prevención, promoción y conservación de la salud con ocasión de infecciones respiratorias, incluidas las originadas por la COVID-19, dado lo anterior se diligencia el presente documento teniendo en cuenta la obligatoriedad y necesidad para cada usuario, participante, deportista, entrenador, formador, instructor, padre de familia o cuidador y personal de apoyo, otorgar el consentimiento informado para el desarrollo de la actividad deportiva, recreativa y de actividad física y manifestar encontrarse sano, sin signos o síntomas de infecciones respiratorias al igual que el menor de edad y el compromiso por parte de ambos de respetar las normas de bioseguridad que se encuentren vigentes para cada una de las actividades a realizar.

Yo, Luzmila Duvarca Bedoya, identificado con el documento de identidad N° 21.423.324.874, actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Mayra Alejandra Herrera, identificado con la tarjeta de identidad N° 1029151879, entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad que desarrollará el menor. Así mismo declaro conocer las características de las actividades que se realizarán, las eventuales circunstancias que pudieran surgir, cuya responsabilidad asumo plenamente, así como todos los riesgos asociados con la participación de mi representado en la actividad, incluyendo sus propias acciones u omisiones, o de los organizadores, de otros participantes, y espectadores, así como también entiendo y asumo los riesgos relacionados con caídas, lastimaduras, cortadas, enfermedades como también entiendo y asumo los riesgos relacionados con el tránsito vehicular, tránsito peatonal, enfermedades, infecciones, secuelas presentes o futuras derivadas de cualquier incidente que afecten su salud o integridad física, entre otras razones producto del contacto con otros participantes, así como el riesgo derivado de los efectos del tiempo y del ambiente, como frío o calor extremo, humedad relativa, tránsito vehicular, condiciones del escenario donde se realiza la actividad, asumo la responsabilidad del riesgo de contagio de infecciones respiratorias que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios del IDRD para el desarrollo de actividades deportivas, recreativas y de actividad física, encuentros, competencias, festivales deportivos, sesiones de entrenamiento, servicios de alimentos y/o Unidad de Cervezas Aplicadas al Deporte, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Nos fueron explicados todos los riesgos adicionales a que se está expuesto al realizar la actividad y, por lo tanto, asumo la responsabilidad de comunicar de inmediato algún signo de alarma en el menor o en mí, e iniciar el aislamiento preventivo de rigor así como de cualquier incidente, percance, contratiempo, daño, accidente, lesión, perjuicio o hurto que pudieran sufrir y/o padecer el menor de edad o su acompañante, o en las cosas a su cargo o a cargo del menor representado, lo cual incluye aquellos acontecimientos constitutivos de responsabilidad civil extracontractual como consecuencia directa o indirecta de los hechos derivados por la estadia, participación durante el desarrollo de las actividades, por negligencia, desatención, olvido, omisión, acción, irresponsabilidad u otra circunstancia, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos, en virtud de lo establecido en las normas vigentes aplicables.

Soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad, exista una probabilidad de contagio de infecciones respiratorias.

Así mismo, certifico que el menor se encuentra afiliado y activo a una entidad promotora de salud del Sistema de Seguridad Integral en Salud en el régimen contributivo o subsidiado y se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para el desarrollo de la actividad.

Autorizo el tratamiento de datos personales, imágenes y videos del menor de edad, que sean producto de su participación en las actividades. Por lo cual, Manifiesto o declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y la política de protección de datos personales del IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/sites/default/files/documentos/manual-politica-tratamiento-datos-personales.pdf> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.151.879
HERRERA REYES
APELLIDOS
MAYRA ALEJANDRA
NOMBRES
MAYRA HERRERA



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 IDENTIFICACIÓN	1029151879
NOMBRES	MAYRA ALEJANDRA
APELLIDOS	HERRERA REYES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Información 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	22/12/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/06/2025 20:00:43 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".

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Isabella Tavera Vargas

Firma

Firma

NOMBRE:

Isabella Tavera Vargas

NOMBRE:

Mayerly Vargas Reyes

No. Documento de Identidad

1023403363

No. Documento de Identidad

1022341792

Teléfono:

3213339935

Teléfono:

3213339935

Correo Electrónico:

alegrob2018@gmail.com

Correo Electrónico:

alegrob2018@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre:

Teléfono:

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

Porras
504
JM

://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=8afOp4f1nYkK1DlIfijYtg==

COLOMBIA
FUNDACIÓN DE LA
IDA

ADRES Salud

ADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
E SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRESción en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de
Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

el Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1023403363
NOMBRES	ISABELLA
APELLIDOS	TAVERA VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	18/06/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 10/10/2024 18:51:48 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".



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Dala Aristizabal Dala Aristizabal
Firma Firma

NOMBRE:

Dala Salome aristizabal

NOMBRE:

Claudia Piramanrique

No. Documento de Identidad

1010229904

No. Documento de Identidad

1015427936

Teléfono:

Teléfono:

3102592571

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

PIRAMANRIQUEB@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre:

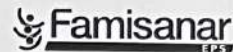
Cristina Gonzalez

Teléfono:

3108110090

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretiones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPROMISO DEL ACOMPAÑANTE DEL MENOR DE EDAD A PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DALA SALOME ARISTIZABAL PIRAMANRIQUE identificado(a) con TI. 1010229904 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	2022/04/01
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CHICALA
Categoría:	SISBEN-2

a presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá ara QUIEN INTERESE, a los 13 días del mes de 02 del año 2025.

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.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

Firma

NOMBRE:

Danna Sofia Miranda

NOMBRE:

Aracely Nuñez

No. Documento de Identidad

9031827095

No. Documento de Identidad

Teléfono:

3163250709

Correo Electrónico:

gmunel298@hotmail.com

gmunel298@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre:

Luisa Fernanda Duiz

Teléfono:

3156222520

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



compensar | salud
eps

Papas
804
5M

PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

COMPENSAR

NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

ARACELY NUÑEZ CORREALES identificado(a) con Cedula Ciudadanía 85705274, LIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como jún información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241201	VIGENTE

Apellido	Parentesco	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MIRANDA NUÑEZ	HI	1031827095	TI	20241201	No Registrada	Activo
LUISA FERNANDA CHAVEZ NUÑEZ	HI	1111123735	CC	20241201	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Enero de 2025

Observaciones:

Con destino a:
AL ESCUELA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 27450076



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

Firma

NOMBRE: Karol Luciana Martinez

NOMBRE: Adriana Baluenga

No. Documento de Identidad
1145929683

No. Documento de Identidad
J. 016047.694

Teléfono:

Teléfono:
3708613473

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:
adrianabaluenga28@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Daniel Martinez
Teléfono: 3223083077

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1-145.929.683

MARTINEZ BOTIA

APELLIDOS

KAROL LUCIANA

NOMBRES

Karol M. Botia



6/2/25, 18:56

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=USMigPlekVSnEqQjWiw32Q==



ADRES

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 IDENTIFICACIÓN	1145929683
NOMBRES	KAROL LUCIANA
APELLIDOS	MARTINEZ BOTIA
FECHA DE NACIMIENTO	***
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 02/16/2025 18:56:07 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Daniella Ospino
Firma

Yulys Acevedo
Firma

NOMBRE:
Daniella Ospino Acevedo
No. Documento de Identidad
1025555440

NOMBRE:
Yulys Acevedo Sanfago
No. Documento de Identidad
4184510739

Teléfono:
3132032675
Correo Electrónico:

Teléfono:
3132032675 - 3224512946
Correo Electrónico:

Yulys Acevedo - 15@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Paola Gomez
Teléfono: 3224512946

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretón de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPROMISO DEL ACOMPAÑANTE DEL MENOR DE EDAD A PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD



2/25, 9:46

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pagos/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=eDR6P+a5bv/VKThw/9pA==



ADRES

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
NUMERO DE IDENTIFICACION	1025555440
NOMBRES	DANIELLA ALEJANDRA
APELLIDOS	OSPINO ACEVEDO
FECHA DE NACIMIENTO	22/07/99
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/19/2025 09:45:57 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 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



Bogotá 502
JM

CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y DE ACTIVIDAD FISICA PARA MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD Y/O EVENTO: (Diligenciar en computador)
LUGAR: (Diligenciar en computador)
FECHA: (Diligenciar en computador)

En correspondencia a lo dispuesto en la Resolución 1238 de 2022, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se dictan medidas para prevención, promoción y conservación de la salud con ocasión de infecciones respiratorias, incluidas las originadas por la COVID-19, dado lo anterior se diligencia el presente documento teniendo en cuenta la obligatoriedad y necesidad para cada usuario, participante, deportista, entrenador, formador, instructor, padre de familia o cuidador y personal de apoyo, otorgar el consentimiento informado para el desarrollo de la actividad deportiva, recreativa y de actividad física y manifestar encontrarse sano, sin signos o síntomas de infecciones respiratorias al igual que el menor de edad y el compromiso por parte de ambos de respetar las normas de bioseguridad que se encuentren vigentes para cada una de las actividades a realizar

Yo, Alexandra Silva Rojas, identifico con el documento de identidad N° 1032879428 actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Azul Valeria Silva identificado con la tarjeta de identidad No 1032879428 entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad que desarrollará el menor. Así mismo declaro conocer las características de las actividades que se realizarán, las eventuales circunstancias que pudieran surgir, cuya responsabilidad asumo plenamente, así como todos los riesgos asociados con la participación de mi representado en la actividad incluyendo sus propias acciones u omisiones, o de los organizadores, de otros participantes, y espectadores, así como también entiendo y asumo los riesgos relacionados con caídas, lastimaduras, cortadas, enfermedades generales, infecciones, secuelas presentes o futuras derivadas de cualquier incidente que afecten su salud e integridad física, entre otras razones producto del contacto con otros participantes, así como el riesgo derivado de los efectos del tiempo y del ambiente, como frío o calor extremo, humedad relativa, tránsito vehicular, condiciones del escenario donde se realiza la actividad, asumo la responsabilidad del riesgo de contagio de infecciones respiratorias que conlleven los desplazamientos hacia los escenarios del IDRD para el desarrollo de actividades deportivas, recreativas y de actividad física, encuentros, competencias, festivales deportivos, sesiones de entrenamiento, servicios de alimentos y/o Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Nos fueron explicados todos los riesgos adicionales a que se está expuesto al realizar la actividad y, por lo tanto, asumo la responsabilidad de comunicar de inmediato algún signo de alarma en el menor o en mí, o iniciar el aislamiento preventivo de rigor así como de cualquier incidente, percance, contratiempo, daño, accidente, lesión, perjuicio o hurto que pudieran sufrir y/o padecer el menor de edad o su acompañante, o en las cosas a su cargo o a cargo del menor representado, lo cual incluye aquellos acontecimientos constitutivos de responsabilidad civil extracontractual como consecuencia directa o indirecta de los hechos derivados por la estadia, participación durante el desarrollo de las actividades, por negligencia, desatención, olvido, omisión, acción, irresponsabilidad u otra circunstancia, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos, en virtud de lo establecido en las normas vigentes aplicables.

Soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad, existe una probabilidad de contagio de infecciones respiratorias.

Así mismo, certifico que el menor se encuentra afiliado y activo a una entidad promotora de salud del Sistema de Seguridad Integral en Salud en el régimen contributivo o subsidiado y se encuentra condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para el desarrollo de la actividad.

Autorizo el tratamiento de datos personales, imágenes y videos del menor de edad, que sean producto de su participación en las actividades. Por lo cual, Manifiesto o declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y la política de protección de datos personales del IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/sites/default/files/documentos/manual-politica-tratamiento-datos-personales.pdf> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la



COLOMBIA
ENTIDAD DE LA
SALUD

ADRES Salud

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

en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1032879428
NOMBRES	AZUL VALERIA
APELLIDOS	LADINO SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/01/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/10/2025 17:52:51 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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Helen sofia

Firma

Firma

NOMBRE:

Helen sofia Salcedo

NOMBRE:

Monica Isabel Perez

No. Documento de Identidad

1 028 406 690

No. Documento de Identidad

PP1-6100670

Teléfono:

3802887729

Teléfono:

3802887729

Correo Electrónico:

helen.sofia.salcedo@gmail.com

Correo Electrónico:

helen.sofia.salcedo@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Sebastian Salcedo

Teléfono: 3802887729

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IORD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPROMISO DEL ACOMPAÑANTE EN EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.028.406.690

SALCEDO TAPIERO

APELLIDOS

HELEN SOFIA

NOMBRES

Helen



3:15

VO WiFi 26



aplicaciones...

aplicaciones.adres.gov.co



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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1028406690
NOMBRES	HELEN SOFIA
APELLIDOS	SALCEDO TAPIERO
FECHA DE NACIMIENTO	11/11/1977
DEPARTAMENTO	RISARALDIA
MUNICIPIO	PUERTO RICO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN	FECHA DE TERMINACIÓN	TIPO DE AFILIACIÓN
ACTIVO	NUOVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2017	31/12/9999	CAJETA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 02/10/2025 15:15:06 Estación de origen: 192.168.70.229

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 por 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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Helen Reyes
Firma

Wendy Riancho
Firma

NOMBRE: Helen Valeria Reyes

NOMBRE: Wendy Riancho

No. Documento de Identidad
1012417349

No. Documento de Identidad
102417349

Teléfono: 3013811626

Teléfono: 3013811626

Correo Electrónico:

Correo Electrónico: Sealagari2020@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Wendy Cruz
Teléfono: 320446738

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPUESTA POR LA AUTORIDAD DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

ACTIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

Número: 1.026.297.379

REYES RIANCHO
APELLIDOS
HELEN VALERIA

NOMBRES

Helen Reyes

FOTOGRAFÍA



aplicaciones.adres.gov.co/bdua_Internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=OrPj4rPdEtVVED/bDrynQ==



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

ón de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Asignación del Afiliado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1026297379
NOMBRES	HELEN VALERIA
APELLIDOS	REYES RIANCHO
FECHA DE NACIMIENTO	****
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

ión:

ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/11/2025 11:50:12 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 ADRÉS, 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 - ADRÉS.

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, a 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 ADRÉS, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_Internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=OrPj4rPdEtVVED/bDrynQ==

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.063.622.869
RANGEL

APELLIDOS
ARANTXA NICOLL

NOMBRES

Arantxa Rangel

FIRMA



EPS

SURA

REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nombres ARANTXA NICOLL

Apellidos RANGEL

Tipo y número de identificación RC 1063622869

IPS IPS COLSUBSIDIO SURA SUR

Fecha afiliación 01/10/2019

VIGILADO SUPERVISADO

Línea de Atención al Usuario 481 70 00 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 01800 54 37 00

ROTAS
503 JTA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Arantxa Nicoll R
Firma

Diana Rangel
Firma

NOMBRE:
1063622869
No. Documento de Identidad

NOMBRE:
37558708
No. Documento de Identidad

Teléfono:
3112590222

Teléfono: 3177358366 wqp.
322655907

Correo Electrónico:
-

Correo Electrónico:
dianarangel@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Ana Elvia R
Teléfono: 3108686144

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Shaira Vargas
Firma

Shirley Gallego
Firma

NOMBRE:

NOMBRE:

Shaira Vargas

Shirley Gallego

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad

1.024.561.842

52873052

Teléfono:

Teléfono:

350 810 2229

314 3719874

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

Vshaira.michell@gmail.com

SHIRLEY.GALLEGO@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre:

Nombre:

Jose Osvaldo

3203806284

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



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

Consulta en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Afiliado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1024561842
NOMBRES	SHAIRA MICHELL
APELLIDOS	VARGAS GALLEGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

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	25/02/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/11/2025 19:53:25 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.151.878

HERRERA REYES

APELLIDOS

VALERY GABRIELA

NOMBRES

Valery Herrera



FIRMA

602. JM



Pomos

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Valery Gabriela Herrera

Firma

Lucy Puentes

Firma

NOMBRE:

Valery Gabriela Herrera

No. Documento de Identidad

1029151878

Teléfono:

350 7730975

Correo Electrónico:

luzinsduran@gmail.com

NOMBRE:

Lucy Puentes B

No. Documento de Identidad

39643724

Teléfono:

350 7730975

Correo Electrónico:

luzinsduran@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Victor Herrera

Teléfono: 350 303246

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

ENCUESTA DE LA ACTIVIDAD DEPORTIVA Y DE RECREACIÓN



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 :

ESTADOS	DETALLE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	BI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029151878
NOMBRES	VALERY GABRIELA
APELLIDOS	HERRERA REYES
FECHA DE NACIMIENTO	10/04/1999
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	ESTADO	FECHA DE INGRESO A LA ENTIDAD	FECHA DE INGRESO AL REGIMEN	FECHA DE INGRESO AL REGIMEN
ACTIVO	SAIUD TOTAL ENTIDAD PROADOTORA DE SAIUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	21/11/2018	31/12/1999	BLNEFICIARIO

Fecha de impresión: 02/06/2025 10:43:53

Estación de origen: 192.168.70.229

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".

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 IDENTIFICACIÓN	1023938802
NOMBRES	VALERY SOFIA
APELLIDOS	MORENO FIGUEREDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/09/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

La información
Subsidiado y e
Salud y Protec
cual se adopta
actualización d
General de Se

Respecto a la
Efectiva hace
EPS o EOC,
dicha entidad.
entidad de ac

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento respon
al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos
fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente
se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para
tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor
de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital
Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para
desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor
que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Firma

Firma

NOMBRE:

Valery Sofia Moreno

No. Documento de Identidad

1023938802

Teléfono:

Correo Electrónico:

NOMBRE:

Ledy Figueroa C

No. Documento de Identidad

1023891611 Bte

Teléfono:

3115087280

Correo Electrónico:

ledyfc315@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre:

Teléfono:

El firmante, además de sportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor
liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niñ
o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar c
realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso
para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado cc
alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico
como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

del Régimen
Ministerio de
ormativa por la
ara el reporte y
os del Sistema

a de Afiliación
reportada por la
Subsidiado en
la afiliación a la
u vez se aclara



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Paula Quijia
Firma

[Firma]
Firma

NOMBRE:

Paula Estefany Quijia

NOMBRE:

Lorena Ruiz Diaz

No. Documento de Identidad

1031829545

No. Documento de Identidad

1019066210

Teléfono:

3224854217

Teléfono:

3224854217

Correo Electrónico:

EstefanyQuijia2000@gmail.com

Correo Electrónico:

loreravruiz550@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre

Yari Quijia

Teléfono

3774508047

El firmante, además de sportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la prácticas y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.404.000
SUAREZ GUERRERO

APELLIDOS
AISLIN VALERIA

NOMBRES
Valeria Suarez

FIRMA



*Porras
20m
5/5*

CARNÉ AFILIADO POS Famisanar

CARTEJA GRUPO FAMILIAR CG 1020770773	CATEGORIA A
DATOS DEL AFILIADO AISLIN VALERIA SUAREZ GUERRERO	RC 1028404000 BENEFICIARIO
IPS PRIMARIA CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	DISCAPACIDAD *****
URGENCIAS HASTA *****	FECHA AFILIACION 03/10/2014

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante
Firma _____	Firma <u><i>Monica Guerrero</i></u>
NOMBRE: <u>AISLIN VALERIA SUAREZ</u>	NOMBRE: <u>MONICA GUERRERO G.</u>
No. Documento de Identidad <u>1020770773</u>	No. Documento de Identidad <u>1020770773</u>
Teléfono: <u>3124499957</u>	Teléfono: <u>3124499957</u>
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: <u>monicazzz7@hotmail.com</u>

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Rosa Amado
Teléfono: 9220500

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPUESTO POR LA AUTORIDAD EJECUTIVA EL REGISTRO Y LA DEPENDENCIA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Isabella Lara Cristo
Firma

Cristo Vaneegas
Firma

NOMBRE:

Isabella Sofia Lara Cristo

NOMBRE:

Cristo Vaneegas

No. Documento de Identidad

1030640858

No. Documento de Identidad

1002318518

Teléfono:

3212262953

Teléfono:

3213380821

Correo Electrónico:

gorgelara081968@gmail.com

Correo Electrónico:

YelisCristo72@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Jorge Eliacer Lara

Teléfono: 3212262953

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

DOCUMENTO DE LA ACTIVIDAD DE LA RECREACIÓN Y DEPORTE



aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=04NSKM+MID0Q1H7LjBDrg==

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

ADRES Salud

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

acción en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

el Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1030640858
NOMBRES	ISABELLA SOFIA
APELLIDOS	LARA CRISTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	04/06/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/05/2025 17:14:12 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**,

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=04NSKM+MID0Q1H7LjBDrg==



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Vanessa Polo
Firma

Polo Polo
Firma

NOMBRE: Genesis Vanessa Polo

NOMBRE: Polo Polo

No. Documento de Identidad

1152937463

No. Documento de Identidad

1128198592

Teléfono:

3134472254

Teléfono:

3170262294

Correo Electrónico:

kellylohanamercinaga@gmail.com

Correo Electrónico:

Angelina.polo1234@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Kelly Mejino

Teléfono: 3134472254

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera exprese su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=EpnKJ935e+6zUgKwaXc7Lg==



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

Afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Afiliado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1152937463
NOMBRES	GENESIS VANESA
APELLIDOS	POLO MERINO
FECHA DE NACIMIENTO	****
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/07/2025 06:52:28 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 no debe utilizarse 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma
NOMBRE: Stefanny Coronado
No. Documento de Identidad: 1030643484
Teléfono:
Correo Electrónico:

Firma
NOMBRE: Yani Barbosa
No. Documento de Identidad: 601052021
Teléfono: 3229444882
Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Yani Coronado
Teléfono: 313744749

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

ENCUESTA DE LA ACTIVIDAD DEBIDA AL REGISTRO VÍA DEPOSICIÓN DE FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACIÓN PERSONAL TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.030.643.484**
CORONADO BARBOSA

APELLIDOS
STEFANNY ALEJANDRA

NOMBRES

Stefanny Coronado

FIRMA



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

Afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

a del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1030643484
NOMBRES	STEFANNY ALEJANDRA
APELLIDOS	CORONADO BARBOSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/11/2025 19:22:43 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.



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <http://www.idrd.gov.co/transparencia-1>.
acceso a la información pública/programa público de tratamiento de datos y que el niño, niña o adolescente
fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa,
cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los
niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y
adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión; y (iv)
que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor
de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de
Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de los niños.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresiones, conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el
desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor
que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Gabriela Castellanos M
Firma

Diana Moreno
Firma

NOMBRE:
Gabriela Castellanos M

NOMBRE:
Diana Marcela Moreno

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad

1025073336

1013615449

Teléfono:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

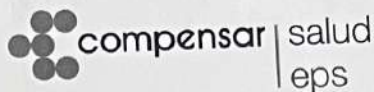
dianamarcela29@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Edgar Moreno

Teléfono: 3148424239

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor,
liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño
o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de
realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso
para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con
alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico,
como chocar palma de mano, apretónes de manos, golpes de puño o abrazos.



EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

es el(la) señor(a) DIANA MARCELA MORENO SANCHEZ identificado(a) con Cedula Ciudadanía
13615449, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la
empresa FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A. FIDUOCCIDENTE S.A. NIT 800143157, en calidad de
dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación		Fecha Retiro	
20240102		No Registrada	

Oficiarios						
Nombre Beneficiario	Parent.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
RIELA CASTELLANOS MORENO	HI	1025073336	TI	20140520	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Mayo de 2025.

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será
atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de
multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

CER-AFI

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28724921

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio



IDRO, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idro.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica> en la política de tratamiento de datos y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendido lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1531 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autoriza la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de los menores.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresiones faciales, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Alisson Hermosa Acero
Firma

Diana Acero Camacho
Firma

NOMBRE:
Alisson Hermosa Acero

NOMBRE:
Diana Acero Camacho

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad

1003740184

1015276151

Teléfono:

Teléfono:

3208975924

32139526

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

diana.fasica52@gmail.com

dianafasica52@gmail.com

Nombre: Jefferson - PAPA

Teléfono: 3213552680

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRO, o adolescente use en lo posible de forma permanente el lapicero y se lea la realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso de alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento tocar palma de mano, apretar de manos, golpes de puño o abrazos.



Salud Total.

BOGOTÁ, Mayo 12 de 2025

Señora:

ACERO CAMACHO DIANA PILAR

CC. 1003740184CL 3 A B 44 - 0

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 22 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Gen. s. m.	Gen. A. m.	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
HERMOSA NIÑO JEFERSON	1003776917	C	Abr-22-2024	50	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERMOSA ACERO ALISSON	1013276150	T	Abr-22-2024	50	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
FUNDACION HUMANA PARA LA SALUD DE COLOMBIA EPS HU/	1003740184	Dependiente	CERRADO
GASTRONOMIA ITALIANA EN COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	VIGENTE
EST SERVICE S AND TECHNOLOGIES COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
S CUATRO L COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
S CUATRO L COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
S S COLOMBIA HOLDING SAS	1003740184	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si

4-5
12:200PM

Pomama
602 JM

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto a sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1561 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imagen.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Linda Julieth Reyes Barajas
Firma

Linda Julieth Reyes Barajas
Firma

NOMBRE:

NOMBRE:

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad

1019766654

24 065 190

Teléfono:

Teléfono:

3124925804

3124925804

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

linda.julieth.reyesbarajas@gmail.com

linda.julieth.reyesbarajas@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre

Teléfono

Benicio Lopez

3126730137

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, expresiones de manos, golpes de puño o abrazos.



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 IDENTIFICACIÓN	1019766654
NOMBRES	LINDA JULIETH
APELLIDOS	REYES BARAJAS
FECHA DE NACIMIENTO	***
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	14/01/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/23/2024 16:04:54 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



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/programa-politica-de-tratamiento-de-datos> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendido lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

JOSE CAMILO SALDAÑA
Firma

JOSE CAMILO SALDAÑA
Firma

NOMBRE: JOSE CAMILO SALDAÑA

NOMBRE: JOSE CAMILO SALDAÑA

No. Documento de Identidad: 108895868

No. Documento de Identidad: 655002024

Teléfono: 3222643460

Teléfono: 3222643460

Correo Electrónico: camilo.jose.740

Correo Electrónico: ESPETANIANIET0587

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: _____
Teléfono: _____

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el lapiceros y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso de informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria inspirar al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretón de manos, golpes de puño o abrazos.



ADRES

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BOUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRES	NOMBRES
APELLIDOS	APELLIDOS
FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
MUNICIPIO	MUNICIPIO

ESTADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	BENEFICIARIO
ACTIVO	SANTAS S.A.S. - CM	SUBSIDIADO	01/05/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/19/2025 09:30 | 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 767 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 - BOUA, 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 referirse, 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.

IMPRESIÓN GENERAL ÚNICA

16°C Hablado

Buscar



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDU
Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1012418526
NOMBRES	SHADDAY DANIELA
APELLIDOS	HERRERA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	19/09/2014	31/12/2999	BENEF

Fecha de Impresión: 02/18/2025 10:15:19 Estación de origen: 192.168.70.220



Pollas
607
5

BOGOTÁ

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Shadday Herrera
Firma

Laidy Lopez
Firma

NOMBRE: Shadday Daniela Herrera

NOMBRE: Laidy Johana Lopez S.

No. Documento de Identidad 1012418526

No. Documento de Identidad 1012322746

Teléfono: 3058573831

Teléfono: 3236124449

Correo Electrónico: laidyjherrera@samia.com

Correo Electrónico: laidyjherrera@samia.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____
Teléfono: _____

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



Porras
702 JM.

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Linda Julieth
Firma

Linda Julieth
Firma

NOMBRE: Linda Julieth Reyes B.

NOMBRE: Linda Julieth

No. Documento de Identidad
1019766654

No. Documento de Identidad
30065194

Teléfono:

Teléfono: 310490800 - 3106730130

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Balencia Reyes
Teléfono: 3106230124

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



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

de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUa en el
Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

ásica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1019766654
NOMBRES	LINDA JULIETH
APELLIDOS	REYES BARAJAS
FECHA DE NACIMIENTO	***j**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	14/01/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/09/2025 15:39:39 Estación de origen: 2800:484:1183:43b0:3041:590a:a1fd:4764

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

viernes - Jueves
12:15 - 2:15



Parras
603 Jm

CONSENTIMIENTO INFORMADO ACTIVIDADES DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD Y/O EVENTO: (Diligenciar en computador)
LUGAR: (Diligenciar en computador)
FECHA: (Diligenciar en computador)

En correspondencia a lo dispuesto en la Resolución 1238 de 2022, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se dictan medidas para prevención, promoción y conservación de la salud con ocasión de infecciones respiratorias, incluidas las originadas por la COVID-19, dado lo anterior se diligencia el presente documento teniendo en cuenta la obligatoriedad y necesidad para cada usuario, participante, deportista, entrenador, formador, instructor, padre de familia o cuidador y personal de apoyo, otorgar el consentimiento informado para el desarrollo de la actividad deportiva, recreativa y de actividad física y manifestar encontrarse sano, sin signos o síntomas de infecciones respiratorias al igual que el menor de edad y el compromiso por parte de ambos de respetar las normas de bioseguridad que se encuentren vigentes para cada una de las actividades a realizar.

Yo, María Isabel Pérez Ayica, identifico con el documento de identidad N° 6400812 actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Jaglymar Isabella Riano identificado con la tarjeta de identidad No. 6400812-PPA, entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad que desarrollará el menor. Así mismo declaro conocer las características de las actividades que se realizarán, las eventuales circunstancias que pudieran surgir, cuya responsabilidad asumo plenamente, así como todos los riesgos asociados con la participación de mi representado en la actividad incluyendo sus propias acciones u omisiones, o de los organizadores, de otros participantes, y espectadores, así como también entiendo y asumo los riesgos relacionados con caídas, lastimaduras, cortadas, enfermedades generales, infecciones, secuelas presentes o futuras derivadas de cualquier incidente que afecten su salud e integridad física, entre otras razones provisto del contacto con otros participantes, así como el riesgo derivado de los efectos del tiempo y del ambiente, como frío o calor extremo, humedad relativa, tránsito vehicular, condiciones del escenario donde se realiza la actividad, asumo la responsabilidad del riesgo de contagio de infecciones respiratorias que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios del IDRO para el desarrollo de actividades deportivas, recreativas y de actividad física, encuentros, competencias, festivales deportivos, sesiones de entrenamiento, servicios de alimentos y/o Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

Nos fueron explicados todos los riesgos adicionales a que se está expuesto al realizar la actividad y, por lo tanto, asumo la responsabilidad de comunicar de inmediato algún signo de alarma en el menor o en mí, e iniciar el aislamiento preventivo de rigor así como de cualquier incidente, percance, contratiempo, daño, accidente, lesión, perjuicio o hurto que pudieran sufrir y/o padecer el menor de edad o su acompañante, o en las cosas a su cargo o a cargo del menor representado, lo cual incluye aquellos acontecimientos constitutivos de responsabilidad civil extracontractual como consecuencia directa o indirecta de los hechos derivados por la estadia, participación durante el desarrollo de las actividades, por negligencia, desatención, olvido, omisión, acción, irresponsabilidad u otra circunstancia, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos, en virtud de lo establecido en las normas vigentes aplicables.

Soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad, existe una probabilidad de contagio de infecciones respiratorias.

Así mismo, certifico que el menor se encuentra afiliado y activo a una entidad promotora de salud del Sistema de Seguridad Integral en Salud en el régimen contributivo o subsidiado y se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para el desarrollo de la actividad.

Autorizo el tratamiento de datos personales, imágenes y videos del menor de edad, que sean producto de su participación en las actividades. Por lo cual, Manifiesto o declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y la política de protección de datos personales del IDRO, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idro.gov.co/sites/default/files/documentos/manual-politica-tratamiento-datos-personales.pdf> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la



3:16



aplicaciones...

aplicaciones.adres.gov.co



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 :

IDENTIFICACIÓN	OTROS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	6400812
NOMBRES	JAGLYMAR ISABELLA
APELLIDOS	ASCANTO PÉREZ
FECHA DE NACIMIENTO	24-06-2012
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	CHAPARRAL

Datos de afiliación :

ENTIDAD	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUÉVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/03/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 02/10/2025 15:16:16 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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Ana Gabriela
Firma

NOMBRE: Ana Gabriela

No. Documento de Identidad 1034669393

Teléfono: 3229458013

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Romario Caquillo
Teléfono: 3214739911

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, librando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretónes de manos, golpes de puño o abrazos.



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

Formación 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 IDENTIFICACIÓN	1034669393
NOMBRES	ANA GABRIELA
APELLIDOS	COGOLLO CHACON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/06/2025 16:03:43 Estación de origen: 2800:484:1975:dc00:835b:3f24:fa7d:30e4

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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad
Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma
NOMBRE: Karol Saray Hernandez
No. Documento de Identidad: 1034789729
Teléfono: 3138593802
Correo Electrónico:
Firma
NOMBRE: VERONICA MONGUI
No. Documento de Identidad: 23914543
Teléfono: 3115557772
Correo Electrónico: veronica-os-a@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Wilson Hernandez
Teléfono: 3102173822

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

DOCUMENTO DE LA ENTIDAD PARA EL REGISTRO Y LA VERIFICACIÓN



Bogotá, lunes 10 de febrero de 2025

SaludTotal

Señor (a): VERONICA YOLIMA MONGUI ESTUPIÑAN
CC. 23914543
CL 85 S 92 85 UR 27 503
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S S.A.

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Julio / 8 de 2008, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

Nombre	Documento	Tipo	Fecha Afiliación	Parentesco	Estado Afiliación
VALERY ALEJANDRA HERNANDEZ MONGUI	1034786682	TI	2013-07-30	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo
KAROL SARAY HERNANDEZ MONGUI	1034789729	TI	2016-10-26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharle es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos** en www.saludtotal.com.co o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Linda Reyes
Firma

Erica R
Firma

NOMBRE:
Linda Milena Reyes R

NOMBRE:
Erica Reyes Rivera

No. Documento de Identidad
1.131.112.249

No. Documento de Identidad
1.047389729

Teléfono:
322.7591029

Teléfono: 3702996707

Correo Electrónico:
Linda.Reyes1@gmail.com

Correo Electrónico:
Erica.Reyes.Rivera1@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Liceth
Teléfono: 319 3393868

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

ENCUENTRO DE LA AUTOGESTIÓN DE LA COMUNIDAD Y LA SOCIEDAD CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.131.112.249**
REYES RIVERA
APELLIDOS
LINDA MILENA
NOMBRES
Linda Reyes
FIRMA



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

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

Resultados de la consulta

Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1131112249
NOMBRES	LINDA MILENA
APELLIDOS	REYES RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/*
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	SAN ANTERO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	09/08/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/06/2025 20:27:17 | 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, 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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autonizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

ANNY VALERIA AYALA
Firma

[Firma]
Firma

NOMBRE:
ANNY VALERIA AYALA

NOMBRE:
ALEJANDRA GUZMAN

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad
1012432141

Teléfono:
3138640248

Teléfono:
3138640248

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:
alejandraguzman164@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Alejandro Guzman
Teléfono: 3138640248

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

DOCUMENTO PARA ATRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN



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
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1012432141
NOMBRES	ANNY VALERIA
APELLIDOS	AYALA GUZMAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/09/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/06/2025 20:22:54 Estación de origen: 192.168.70.220



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Maria Jose Mateus Ruiz
Firma

Leidy Ruiz
Firma

NOMBRE: Maria Jose Mateus Ruiz

NOMBRE: Leidy Ruíz

No. Documento de Identidad
1-206-221-530

No. Documento de Identidad
112759771

Teléfono:
3214000493

Teléfono:
3214000493

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:
leidyruiz28@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Leidy Ruiz
Teléfono: 3214000493

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



6/2/2025 15:36

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=8w25oLQopgKJ19SO4dyUw==



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	T1
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1206221570
NOMBRES	MARIA JOSE
APELLIDOS	MATEUS RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	****
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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 REGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S.S.A.S."	SUBSIDIADO	29/06/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/06/2025 15:36:21 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



Forma 407

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

SARA SOFIA BURGOS AVILA

Firma

YURY MARCELA AVILA C.

Firma

NOMBRE: SARA SOFIA BURGOS A.

NOMBRE: YURY MARCELA AVILA C.

No. Documento de Identidad

1146136381

No. Documento de Identidad

1024552041

Teléfono:

3224131760-3433351859

Teléfono:

3224131760-3433351859

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: ANDRES BURGOS

Teléfono: 31355351859

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente, use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACIÓN PERSONAL TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.146.136.381

BURGOS AVILA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Burgos

FIRMA



Salud Total.

BOGOTÁ, Septiembre 15 de 2024

Señora:
AVILA CAMACHO YURY MARCELA
CC. 1024552041
CR 93D 69 SUR 40 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 7 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
AVILA CAMACHO YURY MARCELA	1024552041	C	Dic-7-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BURGOS SANTOYO ANDRES FELIPE	1018488926	C	Ene-4-2022	56	26	COMPARENCIA	VIGENTE			Ninguna
BURGOS AVILA SARA SOFIA	1146136381	T	Ene-4-2022	52	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LEON AVILA JOSEPH SMITH	1023381382	T	Ene-4-2022	52	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BURGOS AVILA KAROL LIZETH	1013425198	T	Ene-4-2022	52	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
HEALTH LIFE EPS SAS	1024552041	Dependiente	CERRADO
JDH ASISTENCIAS E.U	1024552041	Dependiente	CERRADO
SUMAMAR PROCESOS SAS	1024552041	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Celymar Nogales Lorbluz
Firma

[Firma]
Firma

NOMBRE: Celymar Lorbluz Nogales

NOMBRE: Maria Geraldina Romerez

No. Documento de Identidad: 7499713

No. Documento de Identidad: 7097391234

Teléfono: 320 8781836

Teléfono: 320 8781836

Correo Electrónico: geraldinaquintero.25@gmail.com

Correo Electrónico: geraldinaquintero.25@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Volantino Noya
Teléfono: 320 8097491

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria en el niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

4/2/25, 10:45

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=HPKh6gCr/Ni4Dbkp4e1HNw==



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	PT
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	7499713
NOMBRES	CELYMAR LORBLUZ
APELLIDOS	NOGALES RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	07-10-2014
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	TIMBIO

Datos de afiliación:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	14/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/14/2025 10:45:14 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Karol Sophia García
Firma

Luz Alcida Neira
Firma

NOMBRE: Karol Sophia García

NOMBRE: Luz Alcida Neira

No. Documento de Identidad: 1023408489

No. Documento de Identidad: 52338247

Teléfono: 3203599201

Teléfono: 3112059187

Correo Electrónico: bibisofia00@gmail.com

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Luz Viliana Quintero López
Teléfono: 3203599201

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

IMPRESIÓN DE LA ENTIDAD QUE OPERA EL REGISTRO Y LA DEPENDENCIA



403 - JM
Porras



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
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1023408489
NOMBRES	KAROL SOPHIA
APELLIDOS	GARCIA QUINTERO
FECHA DE NACIMIENTO	*/*/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Los de afiliación:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/06/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/17/2025 19:20:32 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 totalmente 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

autoriza la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Allison Granados
Firma

Angie Ombita
Firma

NOMBRE: Allison Granados

NOMBRE: Angie Ombita

No. Documento de Identidad
1024587415

No. Documento de Identidad
1024581670

Teléfono:
311 290 6838

Teléfono:
311 290 6838

Correo Electrónico:
angieombita73@gmail.com

Correo Electrónico:
angieombita73@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Juan David Lopez
Teléfono: 314 429 1945

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño y adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

CARICATA DEL 3. ACTIVIDAD DEPORTIVA EN RECREACIÓN Y DEPORTE FAMILIAR



Salud Total.

BOGOTÁ, Febrero 17 de 2025

Señora:
OMBITA NOSSA ANGIE MARCELA
CC. 1024581670
CL 8 NO 92 71. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 28 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem col	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GRANADOS LOPEZ JUAN DAVID	1023008814	C	23-1-2018	124	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OMBITA NOSSA ANGIE MARCELA	1024581670	C	Jun-28-2019	52	0	COMPRENSORIA	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA TAN MARTIN	1024601396	R	Jun-28-2019	52	0	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA TRAGO DAVID	1030718549	R	06-22-2024	0	0	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA ALLISON MARIANA	1024587415	T	Jun-28-2019	52	26	HUO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razon social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANILVERSON INDUSTRIA Y COMERCIO DE SODAS	1024581670	Dependiente	CERRADO
UNIVERSAL S.A.S	1024581670	Dependiente	CERRADO
SERVISPECIAL LTDA	1024581670	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad Total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4654555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Mariana Ariza
Firma

Adriana Bustos
Firma

NOMBRE:
Eileen Mariana Ariza

NOMBRE:
Adriana Bustos

No. Documento de Identidad
1222212714

No. Documento de Identidad
53091572

Teléfono:
3772620911

Teléfono:
3772620911

Correo Electrónico:
papelena.elipadriko@gmail.com

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Nataly Bustos
Teléfono: 31088941339

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



Famisanar
EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EILEEN MARIANA ARIZA BUSTOS identificado(a) con T.I. 1222212714 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de Servicios:	2016/05/01
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
Categoría:	SISBEN-2

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes de 02 del año 2025.

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.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Salome Contreras S.
Firma

NOMBRE:
SALOME CONTRERAS S.

No. Documento de Identidad
1146139205

Teléfono:
3245509510

Correo Electrónico:
AnitaSoga321@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Ricardo Contreras
Teléfono: 3168137997

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

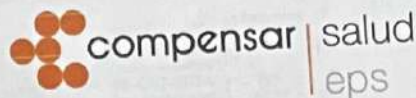
Ana Patricia Sogamoso S.
Firma

NOMBRE:
Ana Patricia Sogamoso S.

No. Documento de Identidad
1053609919

Teléfono:
3245509510

Correo Electrónico:
AnitaSoga321@gmail.com



EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANA PATRICIA SOGAMOSO SANDOVAL identificado(a) con Cedula Ciudadania 1053609919, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Parent.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
SALOME CONTRERAS SOGAMOSO	HI	1146139205	TI	20170301	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Febrero de 2025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
27747466

CER-AFI



2019
304
JA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Laura Daniela Rey
Firma

Maria Victoria Rodas C.
Firma

NOMBRE:

LAURA DANIELA REY RODAS

NOMBRE:

MARIA VICTORIA RODAS C.

No. Documento de Identidad

1146133538

No. Documento de Identidad

1012317046

Teléfono:

3028409688

Teléfono:

3028409688

Correo Electrónico:

MARIAVDANIELA12930@GMAIL.COM

Correo Electrónico:

MARIAVDANIELA12930@GMAIL.COM

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: ACACELLY RODAS
Teléfono: 3184130307

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del batamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

SARAY PEREZ VASQUEZ
Firma

NOMBRE: SARAY

No. Documento de Identidad: 1141358051

Teléfono: 3506115797

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: XOLIMA
Teléfono: 3506115797

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



Permiso
201 dng

07

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=XBUUePQ6ZXhZEuxrhbWKA==



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

Formación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

clón Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1141358051
NOMBRES	SARAY
APELLIDOS	PEREZ VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	13/06/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/12/2025 06:07:51 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL PRIMERO AÑO

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ TI
1.222.213.938

VILLARREAL FLOREZ YEREMI

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
22-SEP-2016
BOGOTÁ D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPIRACIÓN
31-ENE-2025

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTÁ D.C. - BOGA BOGOTÁ DC

CIERNA DE ENTREGA
BOGOTÁ D.C. - BOGA BOGOTÁ DC

• Escanee el código para verificar su autenticidad.
• El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 31-ENE-2025

8514357412



ADMINISTRADORA DE LO DE SEGURIDAD

Información de afiliación en la Base de Datos

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1222213938
NOMBRES	YEREMI
APELLIDOS	VILLARREAL FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2022	03/03/2024	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/05/2025 17:04:41 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

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Yeremi Villarreal Florez
Firma

Deivis Villanueva
Firma

NOMBRE: Yeremi Villarreal Florez

NOMBRE: Deivis Jose Jimenez Villanueva

No. Documento de Identidad
1 222 213 938

No. Documento de Identidad
9.86.622

Teléfono:
3024768458-30060899

Teléfono:
3123647107

Correo Electrónico:
maia03271010@gmail.com

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Yeremi Villarreal Florez
Teléfono: 30260899

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria en el niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Ashley Saray C. 6
Firma

Nina - Freddy Caballero L.
Firma

NOMBRE:
Ashley Saray Caballero

NOMBRE:
Natalia Gama - Freddy Caballero

No. Documento de Identidad
1030652972

No. Documento de Identidad
52907933 - BO 47489

Teléfono:
313 279 8351 - 313 4621867

Teléfono:
313 790031 - 313 4621867

Correo Electrónico:
370 4837005 Hato Caballero

Correo Electrónico:
durkayochon@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Hato Caballero
Teléfono: 310 4837005

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

CONSENTIMIENTO DE LA APTA/PA/PA/EP/PA ES REGISTRO V.1 A 09/06/2021



Salud Total.

BOGOTÁ, Febrero 6 de 2025

Señor:
CABALLERO LOPEZ FREDDY
CC. 80147489
CR 98 37 06 SUR. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 2 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CABALLERO LOPEZ FREDDY	80147489	C	Sep-2-2020	134	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GARCIA OCHOA DURELY NATALIA	52907933	C	Abr-6-2021	108	26	COMPANER(A)	VIGENTE			Ninguna
CABALLERO GARCIA ASHLEY SARAY	1030657972	T	Ene-14-2021	121	26	HUO MENOR DE 16 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
EMPLADOR SAT TEMPORAL	80147489	Dependiente	CERRADO
FREDDY CABALLERO LOPEZ	80147489	Trabajador Independiente	CERRADO
PERFECT LOGISTICS CC S A S	80147489	Dependiente	VIGENTE
SERVICIOS EMPRESARIALES W C SAS	80147489	Dependiente	CERRADO
TEXTILEX CC SAS	80147489	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Parras
402 JM

Posyga o EPS



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Nicol Gomez

Firma

NOMBRE:

Nicol Samantha Gomez

No. Documento de Identidad

1013150 471

Teléfono:

310 498 8109

Correo Electrónico:

dianagomeznd@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Diana Gomez

Teléfono: 3104988109

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IORD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



Parras
402 JM

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

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

Resultados de la consulta

el Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1013150471
NOMBRES	NICOL SAMANTHA
APELLIDOS	GOMEZ GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	22/02/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de
Impresión:

02/20/2025
13:16:52

Estación
de
origen:

2801:12:c800:2070::1



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Firma

Firma

NOMBRE:

Stefany Reinoso

NOMBRE:

Yelly Porcio Homes

No. Documento de Identidad

1117885773

No. Documento de Identidad

1117885380

Teléfono:

3114463056

Teléfono:

3114463056

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

yellyhomes123@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Natalia Homes

Teléfono: 3218594769

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPROMISO DEL FIRMANTE A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DEL MENOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.117.885.773
REINOSO HOMES

APELLIDOS
STEFANY

NOMBRES
stefany Reinoso

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

SLP No. R-1117885773 EJC

REINOSO HOMES STEFANY

AFLIADO:

REINOSO BEJARANO DIEGO FERNANDO
C 1118072587

ESM: 3039BAS No. 12 GR FERNANDO SER

USUARIO: HIJO DISCAPACIDAD: Ninguna

AFLIACION Sep 11 2015 VENCE: Jun 8 2033



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/hormozama/politicas-de-tratamiento-de-datos> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Brihanna Rios Tovar
Firma

[Firma]
Firma

NOMBRE: Brihanna

NOMBRE: Alejandra Rios Tovar

No. Documento de Identidad

No. Documento de Identidad

1014297092

1014209677

Teléfono:

Teléfono:

3024305845

3024305845

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Nicholas Cardenas

Teléfono: 320807740

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretiones de manos, golpes de puño o abrazos.



ADRES

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
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1014297092
NOMBRES	BRIHANNA
APELLIDOS	RIOS TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/13/2025 12:18:26 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Komas 403 JM



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

NOMBRE: Salome Romero

No. Documento de Identidad

1027297672

Teléfono:

3213264877

Correo Electrónico:

molina.wendy469@gmail.com

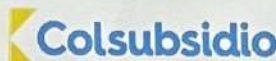
Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Mariela Sabi

Teléfono: 321646570

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

CONSENTIMIENTO DE LA AUTORIDAD ESPAÑA DE RECREACIÓN Y DEPORTES



LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

que el(la) señor(a) WENDI YOLANNY MOLINA SABI identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1073716697, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación familiar, a través de ATENTO TELESERVICIOS ESPAÑA SA SUCURSAL EN COLOMBIA con 9000769986

Fecha de afiliación a la Caja: 01/03/2024.

Fecha de ingreso a la empresa: 01/03/2024.

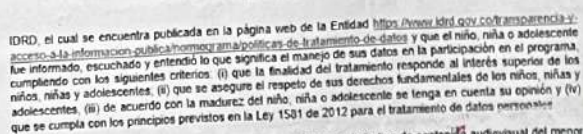
En su grupo familiar figura(n) el(los) siguiente(s) registro(s) SALOME ROMERO MOLINA, como beneficiario de la cuota monetaria

José Leonardo González Vega

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 12/02/2025

www.colsubsidio.com



Autentico la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

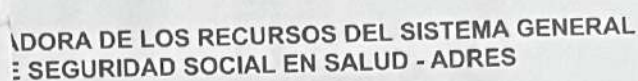
<p>Datos del menor de edad</p> <p><u>Gabriela Rico</u></p> <p>Firma</p> <p>NOMBRE: <u>Gabriela Rico</u></p> <p>No. Documento de Identidad <u>T. 1 7016101143</u></p> <p>Teléfono: <u>3118932424</u></p> <p>Correo Electrónico: <u>linamaricaricomedina@hotmail.com</u></p>	<p>Datos del Padre, Madre de Familia o Acompañante</p> <p><u>Lina Rico</u></p> <p>Firma</p> <p>NOMBRE: <u>Lina Rico</u></p> <p>No. Documento de Identidad <u>CC 10160084216</u></p> <p>Teléfono: <u>3118932424</u></p> <p>Correo Electrónico: <u>linamaricaricomedina@hotmail.com</u></p>
--	---

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

D: ego

NOMBRE: Lina Rico José Rico
 Teléfono: 3118932424, 3043256812 3188697374

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, libera de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantiza que el menor no será sometido a ningún tipo de explotación económica, ni a actividades que impliquen el uso de fuerza física o psicológica, ni a actividades que impliquen el uso de sustancias psicoactivas, ni a actividades que impliquen el uso de armas, ni a actividades que impliquen el uso de fuego, ni a actividades que impliquen el uso de explosivos, ni a actividades que impliquen el uso de vehículos, ni a actividades que impliquen el uso de maquinaria, ni a actividades que impliquen el uso de herramientas, ni a actividades que impliquen el uso de equipos, ni a actividades que impliquen el uso de materiales, ni a actividades que impliquen el uso de recursos, ni a actividades que impliquen el uso de espacios, ni a actividades que impliquen el uso de personas, ni a actividades que impliquen el uso de bienes, ni a actividades que impliquen el uso de servicios, ni a actividades que impliquen el uso de otros recursos.



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

Resultados de la consulta

Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016101193
NOMBRES	MARIA GABRIELA
APELLIDOS	RICO MEDINA
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	01/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/14/2025 08:36:51	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 Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

COL

No. 5346424

CASTILLO BUSTAMANTE

APELLIDOS EDUYSBEL ANYIBETH

NOMBRES

VEN

F

RACIONALIDAD

SEÑO

8715

FECHA DE NACIMIENTO

21-10-2014

FECHA DE HACIMIENTO

12-10-2022 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031

FECHA DE VENCIMIENTO



NO FIRMA

FIRMA

VISIBLES



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/normograma/politicas-de-tratamiento-de-datos> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Eduysbel

Firma

NOMBRE:

Eduysbel castillo

No. Documento de Identidad

5346424

Teléfono:

Correo Electrónico:

Dairmar

Firma

NOMBRE:

Dairmar almigara

No. Documento de Identidad

29442386

Teléfono:

3022735441

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Eduar castillo

Teléfono: 5112922319

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

Firma

NOMBRE: Brihanna Rios

NOMBRE: Alejandra Rios tovar

No. Documento de Identidad: 1014297092

No. Documento de Identidad: 1014209677

Teléfono: 302 4305845

Teléfono: 302 4305845

Correo Electrónico:

Correo Electrónico: Mia-laguarda@yahoo.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Nicholas Cardenas

Teléfono: 302 930 6931

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



25, 11:54

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=atpTgmp45iXoTW52UohMA==



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 IDENTIFICACIÓN	1014297092
NOMBRES	BRIHANNA
APELLIDOS	RIOS TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	****
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2099	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/10/2025 11:54:20 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 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 31/12/2099 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=atpTgmp45iXoTW52UohMA==



Salud Total.

BOGOTÁ, Mayo 14 de 2025.

Señor:

TINJACA PACHON FABIAN

CC. 1075662345CL 85 92 SUR 23 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 29 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Emisión	Sexo	Edad	Parámetros	Estado Actual	Fecha de inscripción	Fecha de actualización	Observaciones
TINJACA PACHON FABIAN	1075662345	C	29-02-2024	M	38	COTIZANTE	EFECTIVO			Ninguna
MELIZA LORENA TINJACA PINILLA	1075662345	C	29-02-2024	F	38	COTIZANTE	EFECTIVO			Ninguna
TINJACA PINILLA FABIAN	1075662345	C	29-02-2024	M	38	MIEMBRO DE 14 AÑOS	EFECTIVO			Ninguna
TINJACA LOPEZ MELIZA LORENA	1075662345	F	29-02-2024	F	38	MIEMBRO DE 14 AÑOS	EFECTIVO			Ninguna
FELISA PINILLA PINILLA	1075662345	F	29-02-2024	F	38	MIEMBRO DE 14 AÑOS	EFECTIVO			Ninguna
TINJACA PINILLA MELIZA LORENA	1075662345	F	29-02-2024	F	38	MIEMBRO DE 14 AÑOS	EFECTIVO			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Nombre	Documento	Estado Actual	Fecha de inscripción	Fecha de actualización
TINJACA PACHON FABIAN	1075662345	EFECTIVO		
MELIZA LORENA TINJACA PINILLA	1075662345	EFECTIVO		

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad Total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.027.297.672
RÓMERO MOLINA

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES
Salome Romero

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-2016
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-FEB-2034
FECHA DE VENCIMIENTO
24-MAR-2023 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ F
G S RH SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRO NACIONAL
EXERCICIO VIGILANCIA

P-1500150-01352733-F-1027297672-20230426 0106010262A 1 6507711989

403
J.T
Salome
Romero



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/hormograma-politicas-de-tratamiento-de-datos> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Salome Romero
Firma

NOMBRE:
Salome Romero

No. Documento de Identidad
1027297672

Teléfono:
3213264877

Correo Electrónico:
MolinaWendy469@gmail.com

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Wendi Molina
Firma

NOMBRE:
Wendi Molina

No. Documento de Identidad
1073716697

Teléfono:
3213764877

Correo Electrónico:
MolinaWendy469@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Mariela Sabi
Teléfono: 310 6660780

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



Por 503
5

IDRD: el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia>.
acceso a la información pública y en el programa de políticas de tratamiento de datos y que el niño, niña o adolescente
fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa,
cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los
niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegura el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y
adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv)
que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1501 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor
de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de
Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el
desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor
que acompaño.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante
Firma <i>Camila Andrea Segura</i>	Firma <i>Ana maria Amaya</i>
NOMBRE: <i>Camila Andrea Segura</i>	NOMBRE: <i>Ana maria Amaya</i>
No. Documento de Identidad <i>1146133485</i>	No. Documento de Identidad <i>23474886</i>
Teléfono: <i>3112057345</i>	Teléfono: <i>3112057345</i>
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: *Maria Amaya*
Teléfono: *3124461692*

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor,
liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño
o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de
realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso
para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con
alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico,
como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de pullo o abrazos.



aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=wA6GEeczc6wiuyHsb87HTw==



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

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

Resultados de la consulta

Área del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1146133485
NOMBRES	CAMILA ANDREA
APELLIDOS	SEGURA AMAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	17/12/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/16/2025 09:09:23 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



IDRD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.idrd.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/horarios-y-politicas-de-tratamiento-de-datos> y que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes, (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1501 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma: Laura Gomez

Firma: Yocenia Gonzalez

NOMBRE: Laura Sofia Gomez

NOMBRE: Yocenia Gonzalez

No. Documento de Identidad: 1013665038

No. Documento de Identidad: 4026563821

Teléfono: 3229356597

Teléfono: 3229356597

Correo Electrónico: j.gomez@idrd.gov.co

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Maria bmbana

Teléfono: 3209279846

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el lapaboca y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.



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 IDENTIFICACIÓN	1044660428
NOMBRES	YEISELL SOFIA
APELLIDOS	MARTINEZ SOLANO
FECHA DE NACIMIENTO	***
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/10/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/16/2025 09:50:28 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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad
Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Emily Sofia Caviedes Paola Gomez
Firma Firma

NOMBRE: Emily Sofia Caviedes NOMBRE: Angie Paola Gomez
No. Documento de Identidad: 1014297357 No. Documento de Identidad: 1014297557
Teléfono: 3115192993 Teléfono: 3115192993
Correo Electrónico: Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: custodio dor
Teléfono: 221300299

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera exprese su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

COMPARTO POR LA ACTIVIDAD DE MI HIJO EN RECREACIÓN Y DEPORTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NOMBRE: 1.014.291.357
CAVIEDES GOMEZ
APELLIDOS
EMILY SOFIA

NUMERO

ESC 6



FECHA DE NACIMIENTO: 04-AGO-2015

BOGOTÁ D.C.

(CUNDIAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-AGO-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

04-AGO-2033 BOGOTÁ D.C.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Yeisel Martinez Solano
Firma

Darling Solano F
Firma

NOMBRE: Yeisel Sofia M.

NOMBRE: Darling Solano F

No. Documento de Identidad

104 466 0428

No. Documento de Identidad

1129 512 779

Teléfono:

NO

Teléfono:

304 345 7204

Correo Electrónico:

NO

Correo Electrónico:

Solano F. Darling@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Yohana Muriel

Teléfono: 3003437907

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretiones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.044.660.428
MARTINEZ SOLANO

APELLIDOS
YEISELL SOFIA

NOMBRES

Yeisel Sofia M.

FIRMA



https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaCon...



ADRES  Salud

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

afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUa en el Sistema General de
Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

sica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1044660428
NOMBRES	YEISELL SOFIA
APELLIDOS	MARTINEZ SOLANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/10/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/16/2025 17:13:27 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



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

EVELLIN CORONADO BARBOSA
Firma

Luis Gerardo Barbosa
Firma

NOMBRE:
Evellin Coronado

NOMBRE:
Luis Gerardo Barbosa

No. Documento de Identidad
1146137256

No. Documento de Identidad
1001052424

Teléfono:
3229449582-318344748

Teléfono:
3229449582

Correo Electrónico:

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Luis Coronado
Teléfono: 318344748

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

Datos de afiliación:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	11/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

COLOMBIA
ENCIA DE LA
IDA

ADRES Salud

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

en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Afiliado:

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1146137256
NOMBRES	EVELLIN
APELLIDOS	CORONADO BARBOSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Fecha de Impresión: 02/11/2025 19:31:28 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.



participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Loren sofia usuga sepulveda Sandra Sepulveda
Firma Firma

NOMBRE: Loren sofia usuga s. NOMBRE: Sandra Yaneth Sepulveda G.
No. Documento de Identidad 1030689440 No. Documento de Identidad 1046954338
Teléfono: 3112455640 Teléfono: 3112455640
Correo Electrónico: giraldo.yaneth1994@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Andres Usuga
Teléfono: 3022440982

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.030.689.440

USUGA SEPULVEDA

APELLIDOS

LOREN SOFIA

NOMBRES

Loren usuga



ADRES Salud

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

Le afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1030689440
NOMBRES	LOREN SOFIA
APELLIDOS	USUGA SEPULVEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMSANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/05/2025 16:50:12 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



Parada 1035

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responda al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Eliana Parada Mendoza
Firma

Julio C. Parada
Firma

NOMBRE: Eliana Parada Mendoza

NOMBRE: Leidy Mendoza

No. Documento de Identidad
1141134190

No. Documento de Identidad
53190914

Teléfono:

Teléfono: 3013335642

Correo Electrónico:

Correo Electrónico: lali3-mendoza12@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Oscar Parada
Teléfono: 3124450944

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.141.134.190
PARADA MENDOZA

APELLIDOS

ELIANA

NOMBRES

Eliana Parada

FIRMA



COMBIA
NCIA DE LA
IDA

ADRES  Salud

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

en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

liado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1141134190
NOMBRES	ELIANA
APELLIDOS	PARADA MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
		CONTRIBUTIVO	28/03/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/06/2025 06:10:15 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.



porisma

participación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes; (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (iv) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Distrital de Recreación y Deporte con el fin de promover los derechos de imágenes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para el desarrollo de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

Datos del menor de edad

Datos del Padre, madre de Familia /
Acompañante

Mariana Castro
Firma

NOMBRE: Valentina Castro Guzman

No. Documento de Identidad
1011239865

Teléfono:

Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Gustavo Castro
Teléfono: 3023618212

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando el desarrollo de la actividad del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y garantizar que el niño o adolescente use en lo posible de forma permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado con alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

CONSENTIMIENTO A LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DEL RECREACIÓN Y DEPORTE VÍA ADECUADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.011.239.865
CASTRO GUZMAN

APELLIDOS: MARIANA VALENTINA

NOMBRES

Mariana Castro

FIRMA



MBIA
A DELA
DA

ADRES  Salud

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

Consulta en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUa en el Sistema
General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1011239865
NOMBRES	MARIANA VALENTINA
APELLIDOS	CASTRO GUZMAN
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ 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	01/08/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/17/2024 11:01:11 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