

BALLE
DEPORTIVO (C)

HDMI

HDMI port



Bluetooth
Switch

ES1-572-3815

1000M

Gig

JH

ACTIVIDAD Y/O EVENTO: Paile deportivo PARA MENORES DE EDAD

En correspondencia a lo dispuesto en la Resolución 1236 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 diligencie 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 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, Diana María Jaramillo, identifico con el documento de identidad N° 4000000000000 actuando como acompañante responsable y/o cuidador del menor Juan Carlos Jaramillo identificado con la tarjeta de identidad No. 4000000000000 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 instalaciones para la realización, las eventuales circunstancias que pudieran surgir, cuya responsabilidad asumo personalmente, así como todos los riesgos asociados con la participación de mi representado en la actividad deportiva, recreativa y de actividad física, así como los riesgos de otros participantes y espectadores, así como también asumiendo y asumo los riesgos relacionados con caídas, lastimaduras, cortadas, enfermedades respiratorias, 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, tránsito vehicular, 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 IORD 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 daño 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, la cual incluye aquellos acontecimientos constitutivos de responsabilidad civil, administrativa, penal o de otro tipo, derivados de los hechos derivados por la estadía, participación o asistencia al 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, certifica 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 IORD, el cual se encuentra publicada en la página web de la Entidad <https://www.iord.gov.co/portal/seguridadsocial/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

tokenId=2sGNazqpDLs8vgaXD+TAg==

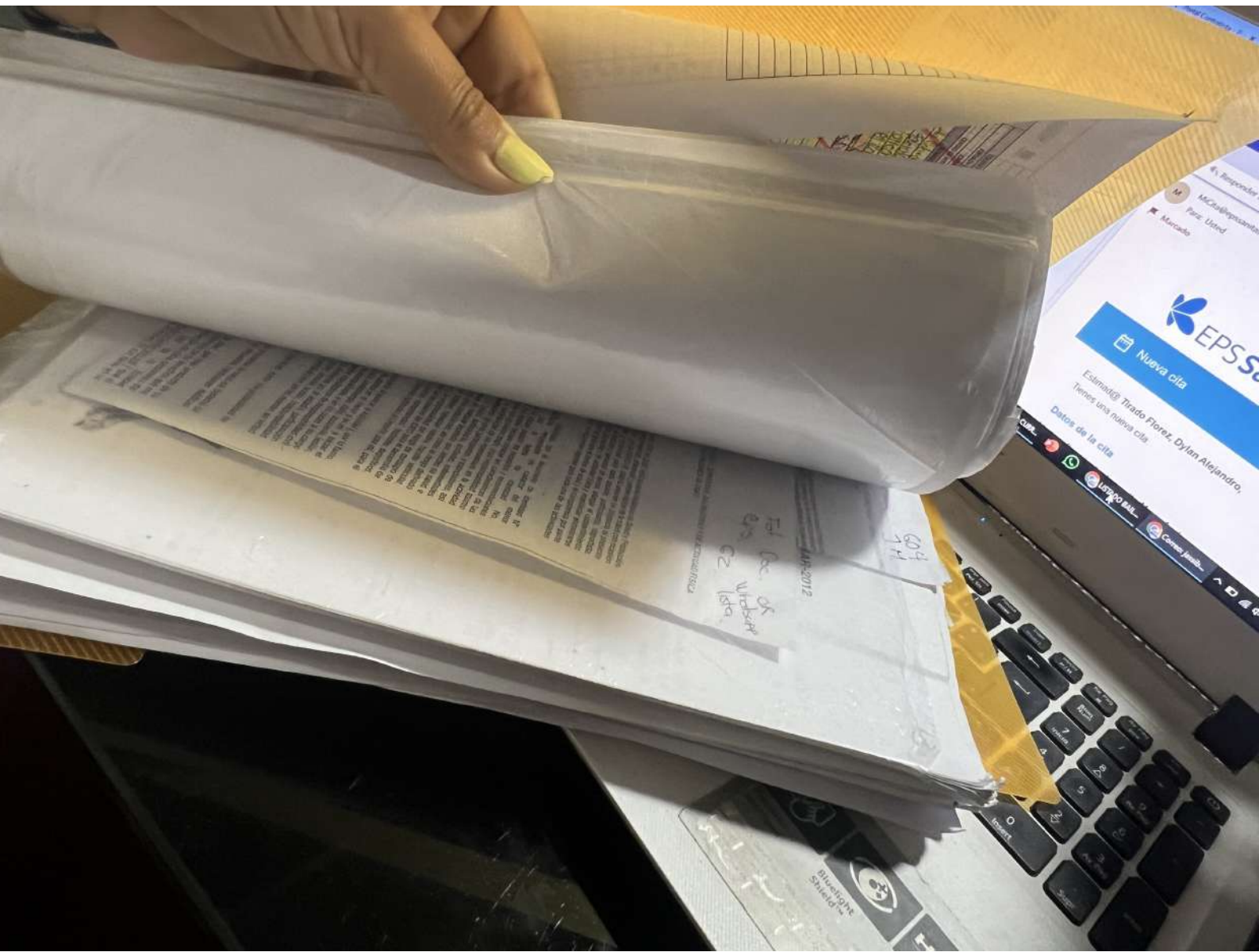
Salud
A GENERAL
ES
el Sistema General de

TIPO DE AFILIADO
BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/18/2024 19:35:35 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".

https://indicaciones.adres.gov.co/bdual_informal/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=2sGNazqpDLs8vgaXD+TAg==



201
31

El presente es un documento que certifica que el/los suscritos/as, en su calidad de representante/s de la familia, han sido informados y han aceptado voluntariamente el contenido del presente informe de la encuesta de la familia, la cual se realizó en el domicilio de la familia, el día 15 de mayo de 2012, en la ciudad de La Habana, Cuba, a las 10:00 horas de la mañana.

El presente informe es el resultado de la encuesta de la familia, la cual se realizó en el domicilio de la familia, el día 15 de mayo de 2012, en la ciudad de La Habana, Cuba, a las 10:00 horas de la mañana.

El presente informe es el resultado de la encuesta de la familia, la cual se realizó en el domicilio de la familia, el día 15 de mayo de 2012, en la ciudad de La Habana, Cuba, a las 10:00 horas de la mañana.

Nombre y Apellido
Firma
Acompañante

Nombre y Apellido
Firma
Acompañante

El presente es un documento que certifica que el/los suscritos/as, en su calidad de representante/s de la familia, han sido informados y han aceptado voluntariamente el contenido del presente informe de la encuesta de la familia, la cual se realizó en el domicilio de la familia, el día 15 de mayo de 2012, en la ciudad de La Habana, Cuba, a las 10:00 horas de la mañana.



Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACION	PT
NUMERO DE IDENTIFICACION	6755364
NOMBRES	FABIANA ANDREA
APELLIDOS	VILLERO LEON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS- S.S.A.S."	SUBSIDIADO	15/03/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

09/21/2023
14:52:27

Estación de
origen:

192.168.70.220