EVIDENCIA 1

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
Paula fernanda Sepulveda	Luz Miriam Vanegas
Firma	Firma
NOMBRE: Paula fernanda Sepulveda	NOMBRE: luz Miriam Vanegas
No. Documento de Identidad 1025071642	No. Documento de Identidad 52918133
Teléfono: 320 408 15 95	Teléfono: 3204081595
Correo Electrónico: luzmiriamvanegas0saenz@gmail.com	Correo Electrónico: luzmiriamvanegas0saenz@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Johan Mauro
Teléfono: 3203318764

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.

plicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=dDGqsXdB01lJCdApxyWL2w==

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

lel Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1025071642
NOMBRES	PAULA FERNANDA
APELLIDOS	SEPULVEDA VANEGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/09/2019	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,**

BOGOTÁ

Paras

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

J.M 604

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, Luz Ery Duarte Bedoya, identificado con el documento de identidad Nº 39.683.724 Bta. actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Mayra H Herrera R identificado con la tarjeta de identidad No. 1029 151 879, 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 riegos 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 frio 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 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 estadía, 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.151.879
HERRERA REYES
APELLIDOS
MAYRA ALEJANDRA
NOMBRES

Mayra H Herrera
FIRMA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

ıación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029151879
NOMBRES	MAYRA ALEJANDRA
APELLIDOS	HERRERA REYES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

e 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".

BOGOTÁ

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: alejob2018@gmail.com	Correo Electrónico: alejob2018@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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.4

porras
SO4
JM

://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=8afOp4f1nYkK1DltFijYTg==

OLOMBIA
TENCIA DE LA
VIDA

ADRES Salud

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

ción 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	1023403363
NOMBRES	ISABELLA
APELLIDOS	TAVERA VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	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".

BOGOTÁ

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	Claudia PIRAMANRIQUE
Firma	Firma
NOMBRE: Dala Salome aristizabal	NOMBRE: Claudia PIRAMANRIQUE
No. Documento de Identidad 1010229904	No. Documento de Identidad 1015437936
Teléfono:	Teléfono: 3102592571
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: PIRAMANRIQUEB@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: cristina Gonzalez
Teléfono: 3208710040

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y...

Famisanar EPS

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.

BOGOTÁ

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

Firma

NOMBRE: Danna Sofia Miranda

No. Documento de Identidad: 1031827095

Teléfono: 601 4437424

Correo Electrónico: anune2507@hotmail.com

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

NOMBRE: Aracely Nuñez C

No. Documento de Identidad

Teléfono: 3163250709

Correo Electrónico: anune2708@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Luisa Fernanda Nuñez

Teléfono: 3150222520

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

compensar | salud eps

Rojas 604 JM

OGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

ARACELY NU??EZ CORREALES identificado(a) con Cedula Ciudadania 65705274, LIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como ún información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

ha Afiliación	Fecha Retiro
20241201	VIGENTE

clario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
RANDA 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 2 025

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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 27450076

VIGILADO Supersalud

Supersalud certifica

Página 1 de 1

www.compensar.com

CamScanner

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
Firma	Firma
NOMBRE: Karol luciana Martinez	NOMBRE: Adriana Bolivenci
No. Documento de Identidad 1145929683	No. Documento de Identidad 1.016047.694
Teléfono:	Teléfono: 3208613473
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: adrianabotia28@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 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.

6/2/25, 18:56 aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=USM/gPlekv5nEqQjWiw32Q==

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 IDENTIFICACION	1145929683
NOMBRES	KAROL LUCIANA
APELLIDOS	MARTINEZ BOTIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -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

https://aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=USM/gPlekv5nEqQjWiw32Q== 1/1

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
Daniella Ospino Firma	Yulis Acevedo Firma
NOMBRE: Daniella Ospino Acevedo	NOMBRE: Yulis Acevedo Santiago
No. Documento de Identidad: 1025555440	No. Documento de Identidad: 1129520739.
Teléfono: 3132032675	Teléfono: 3132032675 - 3224512946.
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: YulisAcevedo-15@Hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Paola Gomez
Teléfono: 322 451 2946

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 INFORMADO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

/2/25, 9:46 aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=eDR6P+a6bvAVWKThufw9pA==

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 IDENTIFICACION	1025555440
NOMBRES	DANIELLA ALEJANDRA
APELLIDOS	OSPINO ACEVEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	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

Porras . 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, identificado con el documento de identidad N° 1033137890 actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Azul Ladino 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 riegos 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 frio 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 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 estadía, 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

LOMBIA
ENCIA 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

filiado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1032879428
NOMBRES	AZUL VALERIA
APELLIDOS	LADINO SILVA
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	01/01/2022	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

BOGOTÁ

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 1.028.406690	No. Documento de Identidad PPT. 6400670
Teléfono: 3502387729	Teléfono: 3502587729
Correo Electrónico: Isamujica52@gmail.com	Correo Electrónico: Isamujica52@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Sebastian Salcedo
Teléfono: 3103219904.

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL RECREO Y LA RECREACIÓN [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.406.690
SALCEDO TAPIERO
APELLIDOS
HELEN SOFIA
NOMBRES
Helen
FIRMA

3:15

aplicaciones....
plicaciones.adres.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1028406690
NOMBRES	HELEN SOFIA
APELLIDOS	SALCEDO TAPIERO
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
DEPARTAMENTO	RISARALDA
MUNICIPIO	PUEBLO RICO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE LA AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2017	31/12/2999	CABEZA 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 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

BOGOTÁ

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 Riaño Firma
NOMBRE: Helen Valeria Reyes	NOMBRE: Wendy Riaño R.
No. Documento de Identidad 1012417749	No. Documento de Identidad 1012417749
Teléfono: 3013811626	Teléfono: 3013811626
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: sealagloria2020@gmail.com.

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Yimy Cruz.
Teléfono: 3204486758

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.026.297.379
REYES RIAÑOS

APELLIDOS
HELEN VALERIA

NOMBRES
Helen Reyes

FIRMA

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=OrPj4rPdEtvVED/bDryqnQ==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

ación del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1026297379
NOMBRES	HELEN VALERIA
APELLIDOS	REYES RIAÑOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

lón :

	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN 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 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 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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.063.622.869
RANGEL

APELLIDOS
ARANTXA NICOLL

NOMBRES

Arantxa Nicoll Rangel

FIRMA

EPS sura

REPUBLICA 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

Línea de Atención al Usuario 481 70 00 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 01800 51 37 00

FOTOS 503 JM

BOGOTÁ

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 wap. 3222655907
Correo Electrónico: —o—	Correo Electrónico: Dianitodiantxa@gmal.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.

BOGOTÁ

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: Shaira Vargas	NOMBRE: Shirley Gallego
No. Documento de Identidad 1'024.561.842	No. Documento de Identidad 52873052
Teléfono: 350 810 2229	Teléfono: 3143719874
Correo Electrónico: Vshaira.michell@gmail.com	Correo Electrónico: Shirley75.angel@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: José osvaldo
Teléfono: 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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN [illegible]

OMBIA
CIA DE LA
IDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

iliado :

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

NUMERO 1.029.151.878
HERRERA REYES
APELLIDOS
VALERY GABRIELA
NOMBRES

Valery Herrera
FIRMA

602. JM

BOGOTÁ

Porras

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	Luz Durango Firma
NOMBRE: Valery Gabriela Herrera	NOMBRE: Luz Dary Durango B
No. Documento de Identidad 1029151878	No. Documento de Identidad 39643724
Teléfono: 3507730975	Teléfono: 3507730975
Correo Electrónico: luzinsdurango@gmail.com	Correo Electrónico: luzinsdurango@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Victor Herrera
Teléfono: 3503033246

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.

CONSENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y A

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029151878
NOMBRES	VALERY GABRIELA
APELLIDOS	HERRERA REYES
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C
MUNICIPIO	BOGOTA D.C

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE RETIRO DE LA EPS DE ANTIGUEDAD	TIPO DE COTIZANTE
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	21/12/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 02/06/2025 19:41:53 | 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".

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023938802
NOMBRES	VALERY SOFIA
APELLIDOS	MORENO FIGUEREDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/09/2013	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

del Régimen
el 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 respon
al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derech
fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (iii) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescent
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 men
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 men
que acompaño.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante
Firma	Leidy Figueredo Firma
NOMBRE: Valery Sofia Moreno	NOMBRE: Leidy Figueredo C
No. Documento de Identidad 1023938802	No. Documento de Identidad 1023891611 Bta
Teléfono:	Teléfono: 3115087280
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: leidyfc715@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 menc
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 d
realización de la actividad, al finalizar la práctica y después de ir al baño. De igual manera expresa su compromis
para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado co
alguna infección respiratoria instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físic
como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.031.829.545
QUITIAN RUIZ
APELLIDOS
PAULA ESTEFANY
NOMBRES
Paula Quitian
FIRMA

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

Paola Quitian
Firma

NOMBRE: Paola Estefany Quitian

No. Documento de Identidad 1031829545

Teléfono: 3224854277

Correo Electrónico: EstefanyQuitian2000@Gmail.com

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

NOMBRE: Lorena Ruiz Diaz

No. Documento de Identidad 1019066210

Teléfono: 3224854277

Correo Electrónico: lorenaruizdiaz550@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre Yenni Quitian
Teléfono 3174506047

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 1.028.404.000
SUAREZ GUERRERO

APELLIDOS
AISLIN VALERIA

NOMBRES

Valeria Suarez

FIRMA

Fotos 2023 JM

CARNÉ AFILIADO POS — Famisanar

CABEZA GRUPO FAMILIAR: CC 1020770773
CATEGORÍA: A
DATOS DEL AFILIADO: AISLIN VALERIA SUAREZ GUERRERO — RC 1028404000
TIPO DE AFILIADO: BENEFICIARIO
IPS PRIMARIA: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
DISCAPACIDAD: ------
URGENCIAS HASTA: ------
FECHA AFILIACION: 03/10/2014

BOGOTÁ

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: Aislin Valeria Suarez	NOMBRE: Monica Guerrero C.
No. Documento de Identidad: 1020770773	No. Documento de Identidad: 1020770773
Teléfono: 3124999957	Teléfono: 3124999957
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: monik222@outlook.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Rosa Amado
Teléfono: 9200900

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.1

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
Isabella Lara Cristo Firma	Yeili cristo Vanegas Firma
NOMBRE: Isabella Sofia Lara Cristo	NOMBRE: Yeili cristo Vanegas
No. Documento de Identidad 1030640858	No. Documento de Identidad 1002318518
Teléfono: 3212262953	Teléfono: 3213380821
Correo Electrónico: jorgelara081968@gmail.com	Correo Electrónico: Yeliscristo12@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Jorge Eliecer 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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.030.640.858
LARA CRISTO
APELLIDOS
ISABELLA SOFIA
NOMBRES

Isabella Sofia Lara
FIRMA

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=jO4NSKM+MlDOQ1H7LjBDrg==

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

lel Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030640858
NOMBRES	ISABELLA SOFIA
APELLIDOS	LARA CRISTO
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	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**,

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
Vanesa Polo Firma	Paola Polo Firma
NOMBRE: Genesis Vanesa Polo	NOMBRE: Paola Polo.
No. Documento de Identidad 1152937463	No. Documento de Identidad 1128198592
Teléfono: 3134472254	Teléfono: 3170262294
Correo Electrónico: kellyvaleriameriñogarcia@gmail.com.	Correo Electrónico: Angelinepolo12342005@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Kelly Meriño
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==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

l Afiliado :

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

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	Yori Barbosa Firma
NOMBRE: Stefany Coronado	NOMBRE: Yori Barbosa
No. Documento de Identidad 1030643484	No. Documento de Identidad 80105282
Teléfono:	Teléfono: 3229449382
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Luis Coronado
Teléfono: 3143744946

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.030.643.484**
CORONADO BARBOSA

APELLIDOS
STEFANNY ALEJANDRA

NOMBRES

Stefanny Coronado

FIRMA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

iliación 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 IDENTIFICACION	1030643484
NOMBRES	STEFANNY ALEJANDRA
APELLIDOS	CORONADO BARBOSA
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	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.

BOGOTÁ

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 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: Gabriela Castellanos M	Firma: Diana Moreno
NOMBRE: Gabriela Castellanos M	NOMBRE: Diana Marcela Moreno
No. Documento de Identidad: 1025073336	No. Documento de Identidad: 1013615449
Teléfono:	Teléfono: 3209027847
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: dianamarce_29@hotmail.com.

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Eduardo Moreno
Teléfono: 3118424259

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 1.025.073.336
CASTELLANOS MORENO
APELLIDOS
GABRIELA
NOMBRES

Gabriela C.
FIRMA

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

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

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240102	No Registrada

...eficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	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 2.025

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

Página 1 de 1

www.compensar.com

BOGOTÁ

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
Alisson Hermosa Acero Firma	Diana Acero Firma
NOMBRE: Alisson Hermosa Acero	NOMBRE: Diana Acero camacho
No. Documento de Identidad: 1003740184	No. Documento de Identidad: 1015276 15
Teléfono: 3208825929	Teléfono: 321 395 26
Correo Electrónico: diana fasicas2@gmail.com	Correo Electrónico: dianafasicas

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Jeferson - papá
Teléfono: 321 395 2690

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.013.276.150
HERMOSA ACERO

APELLIDOS
ALISSON

NOMBRES
Alisson Hermosa

FIRMA

SaludTotal.

BOGOTA, Mayo 12 de 2025

Señora:

ACERO CAMACHO DIANA PILAR

CC, 1003740184CL 3 A B 44 - 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 Abril 22 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliacion son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Af	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
HERMOSA NINCO JEFERSON	1020776957	C	Abr-22-2024	50	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
HERMOSA ACERO ALISSON	1013276150	T	Abr-22-2024	50	26	HIJO 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
FUNDACION HUMANA PARA LA SALUD DE COLOMBIA IPS HU	1003740184	Dependiente	CERRADO
GASTRONOMIA ITALIANA EN COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	VIGENTE
GT SERVICES AND TECHNOLOGIES COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
S CUATRO L COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
S CUATRO L COLOMBIA SAS	1003740184	Dependiente	CERRADO
SGS 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.
Elaborò: Servicios en Linea

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

M-J
12: 2:00pm Pomamo

602 JM

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 imagenes.

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
Reyes Barajas Linda julieth	Sonia Barajas
Firma	Firma
NOMBRE: Linda julieth Reyes Barajas	NOMBRE: Sonia Edid Barajas Rojas
No. Documento de Identidad 1019766654	No. Documento de Identidad 24 065 140
Teléfono: 3124925804	Teléfono: 3124925804
Correo Electrónico: lindajulieth0reyesbarajas0913@gmail.com	Correo Electrónico: reyesharold6@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre Benerio Reyes
Teléfono 3106730134

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

mación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1019766654
NOMBRES	LINDA JULIETH
APELLIDOS	REYES BARAJAS
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	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

BOGOTÁ

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
Firma	Firma
NOMBRE: JOSE camilo · Salda	NOMBRE: Dally esperanza
No. Documento de Identidad 1028 895 868	No. Documento de Identidad 65500 2024
Teléfono: 3222643460	Teléfono: 3222643460
Correo Electrónico: camilo JOSE-140	Correo Electrónico: ESPERANZANieto5087

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.

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

ADMINISTRA	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1028895868
NOMBRES	JOSE CAMILO
APELLIDOS	TIQUE SALDAÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. CM	SUBSIDIADO	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 06/19/2025 09:30:33 | **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 782 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

16°C Nublado
Buscar

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERA
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 IDENTIFICACION	1012418526
NOMBRES	SHADDAY DANIELA
APELLIDOS	HERRERA LOPEZ
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
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

Polras. 607 ST

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.012.418.526
HERRERA LOPEZ
APELLIDOS
SHADDAY DANIELA
NOMBRES
Shadday Herrera
FIRMA

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	Leidy Lopez S Firma
NOMBRE: Shadday Daniela Herrera	NOMBRE: Leidy Johana Lopez S.
No. Documento de Identidad 1.012.418.526	No. Documento de Identidad 1012.322.746
Teléfono: 3058573831 3236124449	Teléfono: 3236124449
Correo Electrónico: leidyjohanalopezsarmiento@gmail.com	Correo Electrónico: leidyjohanalopezsarmiento@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 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.

BOGOTÁ

Parras 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	Sonia Barajas Firma
NOMBRE: Linda Julieth Reyes B.	NOMBRE: Sonia Barajas
No. Documento de Identidad: 1019766654	No. Documento de Identidad: 20 065 194
Teléfono:	Teléfono: 3124928041 - 3106230131
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Bienvenido Reyes
Teléfono: 310 6230 124

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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 IDENTIFICACION	1019766654
NOMBRES	LINDA JULIETH
APELLIDOS	REYES BARAJAS
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	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

Martes - Jueves
12:15 - 2:15.

BOGOTÁ

Porras
603 Jpy

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, Maniela Isabel Perez Mojica, identificado con el documento de identidad N° 6400670 actuando como acompañante, responsable y/o cuidador del menor Jaiglymar Isabella Ascanio identificado con la tarjeta de identidad No. 6400812-PPT, 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 riegos 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 frio 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 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 estadía, 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

3:16

aplicaciones....
plicaciones.adres.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

CONCEPTO	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	6400812
NOMBRES	JAIGLYMAR ISABELLA
APELLIDOS	ASCANIO PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	CHAPARRAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA 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

BOGOTÁ

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 imagenes.

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	Mirna Chacón Correa
Firma	Firma
NOMBRE: Ana Gabriela	NOMBRE: Mirna Chacón Correa
No. Documento de Identidad 1034669393	No. Documento de Identidad 1052985268.
Teléfono: 3229158013	Teléfono: 322 9158013.
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: mirnachaconcorrea@yahoo.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Romario Cogollo.
Teléfono: 3214736931

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN [illegible]

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

ación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1034669393
NOMBRES	ANA GABRIELA
APELLIDOS	COGOLLO CHACON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	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**

BOGOTÁ

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	VERONICA MONGUI Firma
NOMBRE: Karol Saray Hernandez	NOMBRE: Veronica Mongui
No. Documento de Identidad: 1034789729	No. Documento de Identidad: 23914543
Teléfono: 3138593802	Teléfono: 3115557772
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: veronica-os.o12@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 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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.4

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.034.789.729
HERNANDEZ MONGUI
APELLIDOS
KAROL SARAY
NOMBRES

Karol Hernandez
FIRMA

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 SA,

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. Escucharte 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.

BOGOTÁ

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 Reyes	EricaRR
Firma	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: 3102996707
Correo Electrónico: Linda Reyes 12@Gmail.com	Correo Electrónico: ericareyesrivera12@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Liceth
Teléfono: 314 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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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 IDENTIFICACION	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

BOGOTÁ

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
Anny Valeria Ayala Firma	Firma
NOMBRE: Anny Valeria AYala	NOMBRE: ALEJANDRA GUZMAN
No. Documento de Identidad	No. Documento de Identidad 1012386740
Teléfono: 3138640248	Teléfono: 3138640248
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: alejandraguzman1811@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Alejandra 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.

CONSENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.012.432.141
AYALA GUZMAN
APELLIDOS
ANNY VALERIA
NOMBRES

Anny Ayala
FIRMA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012432141
NOMBRES	ANNY VALERIA
APELLIDOS	AYALA GUZMAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION 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

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
Maria Jose Mateus Firma	Leidy Ruiz Firma
NOMBRE: Maria Jose Mateus Ruiz	NOMBRE: Leidy Adriana Ruiz M
No. Documento de Identidad 1-206-221-570	No. Documento de Identidad 1101759771
Teléfono: 3214000493	Teléfono: 3214000 493.
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: Leidy.Ruiz.281@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.

6/2/25, 15:36 aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=8w25oLiQopgkJ19SO4dyUw==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1206221570
NOMBRES	MARIA JOSE
APELLIDOS	MATEUS RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	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

BOGOTÁ

Pomos 403 JH

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: 3224131760-3133351859	Teléfono: 3224131760 -3133318459
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia.

Nombre: Andres burgos
Teléfono: 3133351859

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

SaludTotal

BOGOTA, 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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion 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	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
BURGOS AVILA SARA SOFIA	1146136381	T	Ene-4-2022	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
LEON AVILA JOSEPH SMITH	1023391982	T	Ene-4-2022	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BURGOS AVILA KAROL LIZETH	1012425198	T	Ene-4-2022	52	26	HIJO 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 IPS SAS	1024552041	Dependiente	CERRADO
JDR ASISTENCIAMOS EU	1024552041	Dependiente	CERRADO
SUMMAR 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

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
Celyzmar Nogales Lorbiluz Firma	Firma
NOMBRE: Celyzmar Lorbiluz Nogales	NOMBRE: Maria geraldina Ramirez
No. Documento de Identidad 7499713	No. Documento de Identidad 1.097.391.234
Teléfono: 3209787836	Teléfono: 3209787836
Correo Electrónico: geraldinaquinteto.25@gmail.com	Correo Electrónico: geraldinaquinteto.25@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Valentino Mejia
Teléfono: 3208977491

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.

4/2/25, 10:45 aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=HPKh6gCrvNl4Dbkp4e1HNw==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	7499713
NOMBRES	CELYZMAR LORBILUZ
APELLIDOS	NOGALES RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
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

403 → JM
Porras

BOGOTÁ

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 Garcia Q	Luz Aleida Neira
Firma	Firma
NOMBRE: Karol Sophia Garcia Q	NOMBRE: Luz Aleida Neira
No. Documento de Identidad 1058 1023408489	No. Documento de Identidad 52 338 247
Teléfono: 3203599201	Teléfono: 311 2559187
Correo Electrónico: bibisofiq00@gmail.com	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:
Nombre: Yury Viviana 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.

CONDUCTA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN [illegible]

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

ırmación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023408489
NOMBRES	KAROL SOPHIA
APELLIDOS	GARCIA QUINTERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

tos 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 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

rticipación en el programa, cumpliendo con los siguientes criterios: (i) que la finalidad del tratamiento responde interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (ii) que se asegure el respeto de sus derechos damentales 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 tamiento de datos personales.

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

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

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante
Allison Granados	Angie Ombita
Firma	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: angieombita123@gmail.com	Correo Electrónico: angieombita123@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Juan david lopez
Teléfono: 3144291995

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 DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.024.587.415
GRANADOS OMBITA
APELLIDOS
ALLISON MARIANA
NOMBRES

Allison G.
FIRMA

Salud Total

BOGOTA, Febrero 17 de 2025

Señores:
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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GRANADOS LOPEZ JUAN DAVID	1023006814	C	JUL-1-2018	124	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OMBITA NOSSA ANGIE MARCELA	1024581670	C	Jun-28-2019	53	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA TAM MATIAS	1024601336	R	Jun-28-2019	53	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA THIAGO DAVID	1030716549	R	Oct-22-2024	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GRANADOS OMBITA ALLISON MARIANA	1024587415	T	Jun-28-2019	53	26	HIJO 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
ANDES ORTIGONIQUEZ HECTOR JESUS	1024581670	Dependiente	CERRADO
MARAQUIA S.A.S.	1024581670	Dependiente	CERRADO
SERVIESPECIALES LTDA	1024581670	Dependiente	CERRADO
SERVIESPECIALES 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 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

BOGOTÁ

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	Adriana Bustos
Firma	Firma
NOMBRE: Eileen Mariana Ariza	NOMBRE: Adriana Bustos
No. Documento de Identidad 1222212714	No. Documento de Identidad 53091572
Teléfono: 3172620911	Teléfono: 3172620911
Correo Electrónico: papelenaelipatrik@gmail.com	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Nataly Bustos
Teléfono: 3105941339

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y A

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ TI
1.222.212.714

APELLIDOS / NOMBRES
ARIZA BUSTOS
EILEEN MARIANA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EILEEN MARIANA ARIZA BUSTOS identificado(a) con TI. 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.

BOGOTÁ

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
Salome contreras S.	Ana Patricia Sogamoso
Firma	Firma
NOMBRE: Salome Contreras S.	NOMBRE: Ana patricia Sogamoso S.
No. Documento de Identidad 1146139205.	No. Documento de Identidad 1053609919
Teléfono: 3245509510	Teléfono: 3245509510 .
Correo Electrónico: anitasoga321@gmail.com	Correo Electrónico: anitasoga321@gmail.com.

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Ricardo Contreras
Teléfono: 3108137997

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

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	Paren.	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 2.025

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
27747466

www.compensar.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.146.133.538
REY RODAS
APELLIDOS
LAURA DANIELA
NOMBRES

Laura Daniela Rey
FIRMA

Rodas
304
JM

BOGOTÁ

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

Laura Daniela Rey
Firma

NOMBRE:
LAURA DANIELA REY RODAS

No. Documento de Identidad
1146133538

Teléfono:
3028409688

Correo Electrónico:
MARIAYDANIELA1129306GMAIL.COM

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

María Victoria Rodas C.
Firma

NOMBRE:
MARIA VICTORIA RODAS C.

No. Documento de Identidad
1012317046

Teléfono:
3028409688

Correo Electrónico:
MARIAYDANIELA1129306@GMAIL.COM

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: ACACELLY RODAS
Teléfono: 3194130303

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.

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
Firma: Saray Perez Vasquez	Firma: Yolima Vasquez
NOMBRE: Saray	NOMBRE: Yolima Vasquez
No. Documento de Identidad: 1141358051	No. Documento de Identidad: 65557512
Teléfono: 3506115797	Teléfono: 3506115797
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Yolima
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.

CONSENTIMIENTO DE LA MATERNIDAD CIVICA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.1

Permiso 301 319

07 aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=XBUUuePQ6ZXhZEuxrhbWKA==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

ción Básica del Afiliado :

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

afiliación :

TADO	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	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 ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

PRIMERA VEZ TI
1.222.213.938

APELLIDOS / NOMBRES
VILLARREAL FLOREZ
YEREMI

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

FECHA DE EXPEDICIÓN
31-ENE-2025

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA DC

OFICINA DE ENTREGA
BOGOTA D.C. - BOSA BOGOTA 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

8514357412

BOGOTÁ

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: Yeremi Villarreal Florez	NOMBRE: Deivis Jose Jimenez Villareal
No. Documento de Identidad 1 222 213 938	No. Documento de Identidad 9.486.622
Teléfono: 3024768458-3026052992	Teléfono: 3123647107
Correo Electrónico: maria0327@outlook.com	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:
Nombre: Yenis Maria Villareal Florez
Teléfono: 3026052992

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADMINISTRADORA DE LO
DE SEGURIDAD

Información de afiliación en la Base de
Seg

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1222213938
NOMBRES	YEREMI
APELLIDOS	VILLARREAL FLOREZ
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
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

BOGOTÁ

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	Freddy CABALLERO L. Firma
NOMBRE: Ashley Saray Caballero	NOMBRE: Natalia Garcia - Freddy Caballero
No. Documento de Identidad 1030657972	No. Documento de Identidad 52907933 - 80147489
Teléfono: 3132798351 - 3134621867	Teléfono: 3132798351 - 3134621867
Correo Electrónico: 3204832005 Mateo Caballero	Correo Electrónico: durleyochoa@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Mateo Caballero
Teléfono: 3204832005

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.

FORMATO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.030.657.972
CABALLERO GARCIA
APELLIDOS
ASHLEY SARAY
NOMBRES
Ashley Caballero
FIRMA

SaludTotal.

BOGOTA, 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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
CABALLERO LOPEZ FREDDY	80147489	C	Sep-2-2020	134	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GARCIA OCHOA DURLEY NATALIA	52907933	C	Abr-6-2021	108	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
CABALLERO GARCIA ASHLEY SARAY	1030657972	T	Ene-14-2021	121	26	HIJO 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
EMPLEADOR 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

Porras 402 JM fosyga o EPS

BOGOTÁ

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	Firma
NOMBRE: Nicol samantha Gomez	NOMBRE: Javier Franco
No. Documento de Identidad 1013150 471	No. Documento de Identidad 79681507
Teléfono: 310 498 8109	Teléfono: 3218290278
Correo Electrónico: diana gomezjnd@gmail.com	Correo Electrónico: Francoro20@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 – 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.

ADRES

Porras 402 JM

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

iación 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	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	22/02/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/20/2025 13:16:52	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

BOGOTÁ

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 Rocio Homes
No. Documento de Identidad 1117885773	No. Documento de Identidad 1117885380
Teléfono: 3114463056	Teléfono: 3114463056
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: yelly homes123@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Natalia Homes
Teléfono: 3218594169

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.1.4

BOGOTÁ

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
Brihanna Rios Tovar	
Firma	Firma
NOMBRE: Brihanna	NOMBRE: Alejandra Rios Tovar
No. Documento de Identidad 1014297092	No. Documento de Identidad 1014209677
Teléfono: 3024305845	Teléfono: 3024305845
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: Mia_laguapa@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Nicholas Cardenas
Teléfono: 3203842740

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.

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

ormación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1014297092
NOMBRES	BRIHANNA
APELLIDOS	RIOS TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

os 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

Korras 403

BOGOTÁ

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: Salome Romero	NOMBRE: Wendi Molina
No. Documento de Identidad: 1027297672	No. Documento de Identidad: 1073716697
Teléfono: 3213264877	Teléfono: 3213264877
Correo Electrónico: molinawendy1697@gmail.com	Correo Electrónico: molinawendy1697@gmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Mariela Sabi
Teléfono: 3106660785

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.027.297.672
ROMERO MOLINA

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES
Salome Romero

FIRMA

Colsubsidio

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
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 12/02/2025

Vigilado Supersubsidio

BOGOTÁ

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
Firma: Gabriela Rico	Firma: Lina Rico
NOMBRE: Gabriela Rico	NOMBRE: Lina Rico
No. Documento de Identidad: T.I 1016101193	No. Documento de Identidad: C.C 1076089276
Teléfono: 3118932429	Teléfono: 3118932429
Correo Electrónico: linamariaricomedina@hotmail.com	Correo Electrónico: linamariaricomedina@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia: Diego

Nombre: Lina Rico Jose Rico

Teléfono: 3118932429, 3043254872 3188697374

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 1.016.101.193
RICO MEDINA
APELLIDOS
MARIA GABRIELA
NOMBRES
María Gabriela
FIRMA

aciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=fQlcJqARA4ICWWzIZz+crQ==

ADRES

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

ón 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

No. 5346424

CASTILLO BUSTAMANTE
APELLIDOS

COL

EDUYSBEL ANYIBETH
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

8715
DNI N/S.

21-10-2014
FECHA DE NACIMIENTO

12-10-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

NO FIRMA
FIRMA

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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	Dáimar
Firma	Firma
NOMBRE: Eduysbel castillo	NOMBRE: Dáimar almigar
No. Documento de Identidad 5346424	No. Documento de Identidad 29942386
Teléfono:	Teléfono: 3027735491
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Edvar 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.

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
Firma	Firma
NOMBRE: Brihanna Rios	NOMBRE: Alejandra Ros tovar
No. Documento de Identidad: 1014297092	No. Documento de Identidad: 1014209677
Teléfono: 302 4305845	Teléfono: 3024305845
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: Mia-laguna@yahoo.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia

Nombre: Nicholas cardenas
Teléfono: 3043206931

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=atpjTgmp45iXoTW52UohMA==

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014297092
NOMBRES	BRIHANNA
APELLIDOS	RIOS TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2999	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 31/12/2999 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
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.147.638**
TINJACA PINILLA

APELLIDOS
MELIZA LORENA

NOMBRES

Meliza Tinjaca
FIRMA

503
Meliza
Lorena
Tinjaca
J. Tarde

SaludTotal

BOGOTA, 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	Afiliación	Edad_Actual	Sexo_Actual	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
TINJACA PACHON FABIAN	1075662345	C	Feb-29-2024	52	28	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguno
PINILLA ORTIZ CLAUDIA LILIANA	1033778249	CE	Feb-29-2024	52	28	CÓNYUGE	VIGENTE			Ninguno
TINJACA PINILLA THIAGO FELIPE EP	1025446843	PE	Feb-29-2024	14	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguno
TINJACA LOPEZ MIGUEL SANTIAGO	1075743370	TI	Feb-29-2024	12	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguno
TINJACA PINILLA ANGEL ALEJANDRO	1141555543	TI	Feb-29-2024	12	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguno
TINJACA PINILLA MELIZA LORENA	1013147638	TI	Feb-29-2024	12	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguno

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

Razón social del aportante	Ubicación del trabajo	Tipo de contrato	Estado del contrato
ARPESA LTDA	1075662345	Dependiente	CERRADO
MASTIN SEGURIDAD LTDA	1075662345	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 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

NÚMERO 1.027.297.672
ROMERO MOLINA

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES

Salome Romero
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-2016
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-FEB-2034 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S RH SEXO
24-MAR-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01352733-F-1027297672-20230426 0106010262A 1 8507711989

403
I.T
Salome
Romero

BOGOTÁ

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

Firma

NOMBRE: Salome Romero.

No. Documento de Identidad 1027297672.

Teléfono: 3213264877.

Correo Electrónico: molinawendy469@...

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante

Firma

NOMBRE: Wendi Molina.

No. Documento de Identidad 1073716697.

Teléfono: 3213264877

Correo Electrónico: Molinawendy469@gmail.com.

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Mariela Sabi
Teléfono: 310 [illegible]

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 5-7

BOGOTÁ

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
Camila Andrea Segura Firma	Ana maria Amaya Firma
NOMBRE: camila Andrea Segura	NOMBRE:
No. Documento de Identidad 1146133485	No. Documento de Identidad 23474886
Teléfono: 3112057345	Teléfono: 3112057345
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 puño o abrazos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.146.133.485
SEGURA AMAYA

APELLIDOS
CAMILA ANDREA

NOMBRES

Camila Andrea Segura M.
FIRMA

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

ADRES

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

ásica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1146133485
NOMBRES	CAMILA ANDREA
APELLIDOS	SEGURA AMAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	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

BOGOTÁ

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 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
Laura Gomez	Yacenia Gonzalez
Firma	Firma
NOMBRE: Laura sofia Gomez	NOMBRE: yacenia Gonzalez
No. Documento de Identidad 1013665038	No. Documento de Identidad 1026563821
Teléfono: 3227356597	Teléfono: 3227356597
Correo Electrónico: yacenia.gonzalez1212@gmail.com	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Maria bombana
Teléfono: 3209274946

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.

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	1044660428
NOMBRES	YEISELL SOFIA
APELLIDOS	MARTINEZ SOLANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	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

BOGOTÁ

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.

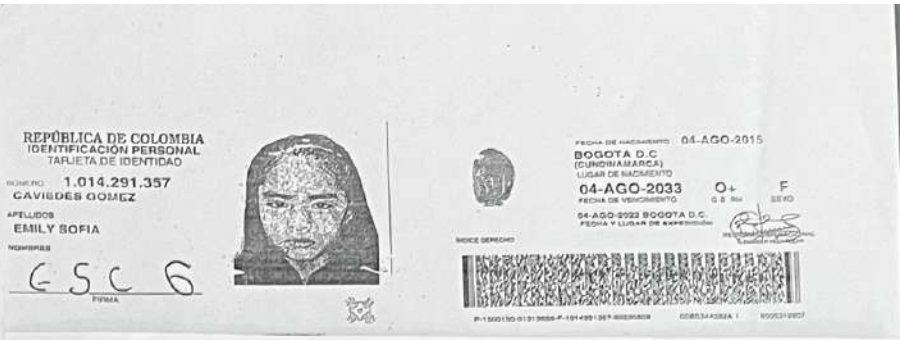
Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante
Emily Sofia Cavieres Firma	Paola Gomez. Firma
NOMBRE: Emily Sofia Cavieres	NOMBRE: Angie Paola Gomez
No. Documento de Identidad 1014291357	No. Documento de Identidad 1014292557
Teléfono: 3115192993	Teléfono: 3115192993
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: cristian diaz
Teléfono: 3213001249

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 ACTIVIDAD FÍSICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y LA



Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EMILY SOFIA CAVIEDES GOMEZ identificado(a) con TI 1014291357 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	05/07/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TIERRA GRATA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 06 días del mes febrero del 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.

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
Yeisell Martinez Solano	Darling Solano F
Firma	Firma
NOMBRE: Yeisell Sofia M.	NOMBRE: Darling Solano F
No. Documento de Identidad: 1044660428	No. Documento de Identidad: 1129512779
Teléfono: NO	Teléfono: 3043957204
Correo Electrónico: NO	Correo Electrónico: Solanofer...@...com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Yohana Murillo
Teléfono: 3203437907

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.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	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

BOGOTÁ

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	Yuri Geraldine Barbosa Firma
NOMBRE: Evellin Coronado	NOMBRE: Yuri Geraldine Barbosa
No. Documento de Identidad 1146137256	No. Documento de Identidad 1001052420
Teléfono: 3229449582-3183144718	Teléfono: 3229449582
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Luis Coronado
Teléfono: 3183144718

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.

OLOMBIA
TENCIA DE LA
VIDA

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

filiado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1146137256
NOMBRES	EVELLIN
APELLIDOS	CORONADO BARBOSA
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	11/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

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.

BOGOTÁ

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 1046954538
Teléfono:	Teléfono: 3112455640
Correo Electrónico:	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.

Porros.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.030.689.440
USUGA SEPULVEDA
APELLIDOS
LOREN SOFIA
NOMBRES

Loren Usuga
FIRMA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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 IDENTIFICACION	1030689440
NOMBRES	LOREN SOFIA
APELLIDOS	USUGA SEPULVEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	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

BOGOTÁ

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
Eliana Parada Mendoza Firma	Firma
NOMBRE: Eliana Parada Mendoza	NOMBRE: Leidi Mendoza
No. Documento de Identidad 1141134190	No. Documento de Identidad 53140914
Teléfono:	Teléfono: 3013335642.
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: laliz-mendoza12@hotmail.com

Registre aquí un segundo contacto en caso de emergencia:

Nombre: Oscar Parada.
Teléfono: 3124950944.

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.

FIRMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.134.190
PARADA MENDOZA

APELLIDOS
ELIANA

NOMBRES

Eliana Parada
FIRMA

COLOMBIA
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 IDENTIFICACION	1141134190
NOMBRES	ELIANA
APELLIDOS	PARADA MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

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

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

BOGOTÁ

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	Yoana Guzman Firma
NOMBRE: Valentina Castro Guzman	NOMBRE: Yoana Guzman Tique
No. Documento de Identidad 1011 23 98 65	No. Documento de Identidad 39 580 038
Teléfono:	Teléfono: 3023498879 - 3023618212
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: jc027439@gmail.com

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.

FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA, EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN Y /

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.011.239.865
CASTRO GUZMAN
APELLIDOS
MARIANA VALENTINA
NOMBRES
Mariana castro
FIRMA

MBIA
A DE LA
DA

ADRES Salud

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

ción 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	1011239865
NOMBRES	MARIANA VALENTINA
APELLIDOS	CASTRO GUZMAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2018	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