1177

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 222

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Ivan Dario Fontovo Amaral			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO 1085104506.	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 135 95 d 50.			
BARRIO	Suba la Chucua.		UPZ	
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	Hildamamal06@gmail.com		CELULAR 3228233796.	

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

Hilda

FIRMA:
CC. 1019005453

Nombre de quién reafiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a

1178

222

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Hilda altamiranda Cles
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1019005453 expedida en Bogota. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) IVAN Dario Fontalvo A CON T.I. No. 1085104506.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Se requiere de:
- Fotocopia del documento de identidad.
- Fotocopia de la EPS.

Firma Hilda
Dirección: Calle 135 95 a 50
Número Celular: 3228233796.
Correo electrónico: Hildaltamiro06@gmail.com.

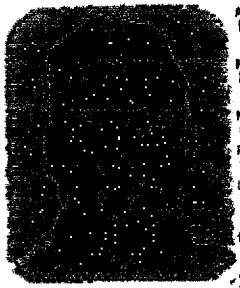
CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

1179

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.085.104.506



Apellidos
FONTALVO ALTAMAR

Nombres
IVAN DARIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
18 SEPT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
EL RETEN (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
26 SEPT 2022, BOGOTA D.C.

Firma
ivane

Fecha de expiración
27 SEPT 2032

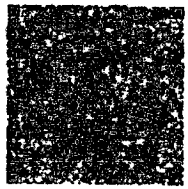


.CO

00427478G



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0042747862150O1<<<<<<<<<<
0409186M3209273COL1085104506<3

1180

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1085104506
NOMBRES	IVAN DARIO
APELLIDOS	FONTALVO ALTAMAR
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	19/05/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/23/2025 17:14:57	**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

1181

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 223

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Jhon Alexis Lara Ibombre			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO 1027283407	SEXO masculio	
DIRECCIÓN DOMICILIO	calle 186 2 20			
BARRIO	Mirador	UPZ		
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a X	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	amafatibambre@gmail.com		CELULAR 3204814377	

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	X	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	
Consentimiento de Participación	X	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	X	Planilla de inscripción según evento	

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA:
CC. 52696122

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1182

223

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Amalia Tibambre Laca
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52696182 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Jhon Alexis Laca Tibambre CON T.I. No. 1027928140 7.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Se requiere de:
* Fotocopia del documento de Identidad.
* Fotocopia de la EPS

Firma
Dirección: calle 186 2 20
Número Celular: 3204814347
Correo electrónico: amaliaTibambre@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.027.281.407



Apellidos
LARA TIBAMBRE

Nombres
JHON ALEXIS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.74	M

Fecha de nacimiento — G.S.
04 ABR 2005 — A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

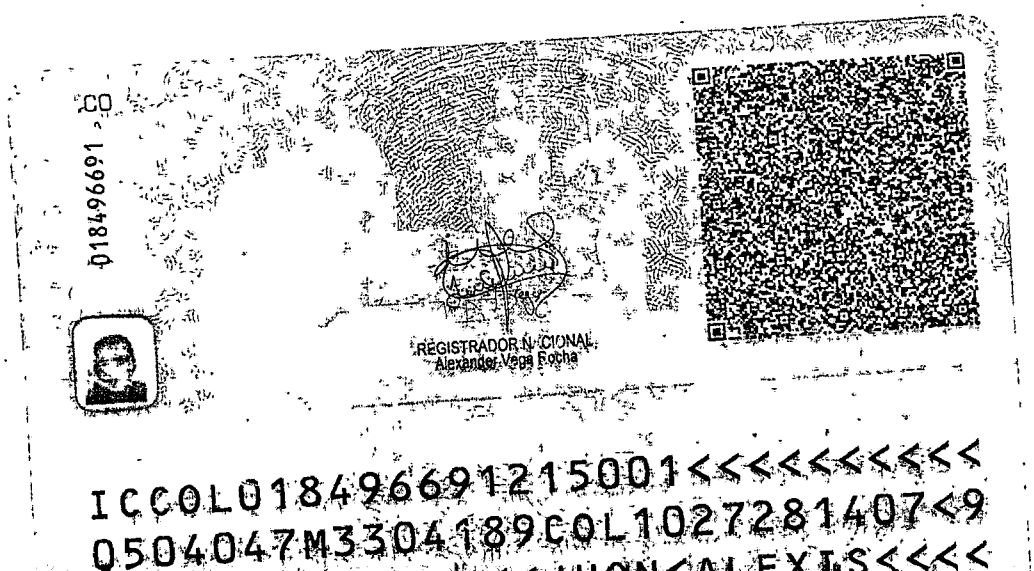
Fecha y lugar de expedición
18 ABR 2023 BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
18 ABR 2033

Firma
Jhonalexa Lara







ICCOL018496691215001<<<<<<<<<<
0504047M3304189COL1027281407<9

1189

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1027281407
NOMBRES	JHON ALEXIS
APELLIDOS	LARA TIBAMBRE
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. -CM	SUBSIDIADO	03/03/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/22/2025 16:44:03	**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

1185

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 224

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Mateo Peralta Rodríguez			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C.	NÚMERO 1000472292	SEXO M	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cra 28A # 77-21			
BARRIO	Santa sofia		UPZ	
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO			CELULAR 3017793691	

Diligencias hasta aquí.

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones y me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA: Tarazo Rodriguez
CC. 52 057 029

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1186

224

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Teresa Rodriguez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52057029 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Mateo Peralta Rodriguez CON T.I. No. 1000472292.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

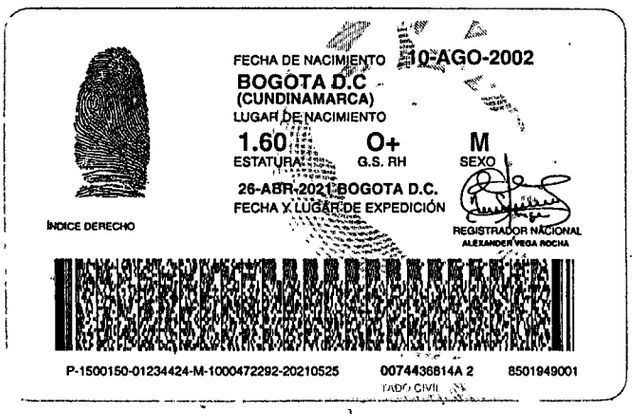
Se requiere del:
Fotocopia del documento de identidad.
Fotocopia de la EPS

Firma Teresa Rodriguez U.
Dirección: Cra 28A #77-21
Número Celular: 3017793691
Correo electrónico: tererod71@hotmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

1187


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.472.292
PERALTA RODRIGUEZ
APELLIDOS
MATEO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-2002
BOGOTÁ D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
26-ABR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1500150-01234424-M-1000472292-20210525 0074436814A 2 8501949001

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000472292
NOMBRES	MATEO
APELLIDOS	PERALTA RODRIGUEZ
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	01/11/2010	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/05/2025 15:25:22	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.

1189

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 225

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	☐ Escuela de formación deportiva en lucha libre	☐ Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	☐ Escuela de formación deportiva tenis de mesa	☐ El poder de los sabios y sabias
	☐ Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	☐ Corriendo sin límites
	☐ Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	☐ Torneo de banquitas
	☐ Curso básico de ajedrez	☐ Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	PULIDO ARIAS LIZETH VALENTINA			
NOMBRE IDENTINARIO	C.C.			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC.	NÚMERO: 1000518030	SEXO: Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Kra 107 N° 23G. 24			
BARRIO	Fontibon la cabaña		UPZ	
GÉNERO	Femenino X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	nancyariaslimenez26@gmail.com		CELULAR: 310 393 7734	

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA: Nancy Arias
CC. 39751261

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiendo que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1190

225

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Nancy Arias Jimenez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 39.751.261 expedida en Fontibon. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Lizeth Valentina Pulido Arias CON T.I. No. 1000518030
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Se requiere de:
- Fotocopia del documento de identidad
- Fotocopia de EPS.

Firma Nancy Arias Jimenez
Dirección: K 107 . Nº 23624.
Número Celular: 310.393 7734
Correo electrónico: nancyariasjimenez26@gmail.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1191

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.518.030

PULIDO ARIAS

APELLIDOS

LIZETH VALENTINA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-2002

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01167043-F-1000518030-20201001 0071936343A 1 8500715548

1192

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000518030
NOMBRES	LIZETH VALENTINA
APELLIDOS	PULIDO ARIAS
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	01/01/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 13:48:57	**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

1193

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Lizeth Valentina Pulido Arias, identificado(a) con CC número 1000518030, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000518030
NOMBRES Y APELLIDOS	Lizeth Valentina Pulido Arias
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	13/06/2002
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	98 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

26/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

1194

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 226

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[redacted]
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Jonathan Steven Quintero Marin			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1089380615	SEXO Masculino.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Kra 94h #82c23			
BARRIO	Quiriqua.		UPZ	
GENERO	Femenino	Masculino Si	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual o Si	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	rocymar1006@yahoo.com.		CELULAR 3203131019.	

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA:
CC. 51799798

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1195

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

226

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Rocio Marin Mendoza
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51'799298 expedida en Bogotá. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Jonathan Steven Quintero Marin CON T.I. No. 1089380615.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma Rocio Marin Mendoza
Dirección: Kra 94h # 82c 23
Número Celular: 3203131019.
Correo electrónico: rocymar1006@yahoo.com.

- Se requiere de *Fotocopia del documento de Identidad
Fotocopia de la IPS

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1196

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.089.380.615



Apellidos
QUINTERO MARIN

Nombres
JONATHAN STEVEN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	M

Fecha de nacimiento
26 MAYO 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PEREIRA (RISARALDA)

Fecha y lugar de expedición
29 MAYO 2023, BOGOTA D.C.

Firma
NO FIRMA

Fecha de expiración
11 DIC 2034

.CO

066716293

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL066716293615001<<<<<<<<<<<
0505262M3412112COL1089380615<4
QUINTERO<MARIN<<JONATHAN<STEVE

1197

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1089380615
NOMBRES	JONATHAN STEVEN
APELLIDOS	QUINTERO MARIN
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	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2011	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 13:51:19	**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

1198

Aliansalud eps

3

QUINTERO MARIN
JONATHAN STEVEN
Contrato:CC-11185324
Identificación:TI-1089380615
Fecha Afiliación: 01 / 05 / 2011
Tipo de Afiliado:BENEFICIARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

1. Este carné es personal e intransferible
2. Preséntelo cada vez que solicite algún servicio a través del POS junto con su documento de identificación.
3. Recuerde que usted es atendido a través de su IPS de capitación escogida al momento de la afiliación.
4. En caso de urgencia, comuníquese en Bogotá 7568000, Barranquilla 3853030, Cali 4868600, Medellín 4937004, resto del país 01800123703.
5. En caso de hurto o extravío de este carné, el usuario será responsable de los servicios prestados a través de éste, hasta tanto no haya notificación por escrito a ALIANSALUD EPS.

NOTA: Para obtener una mayor duración del carné se recomienda su plastificación

Línea de Atención Supersalud
Bogotá: 483 7000 Nacional 01 8000 513700

VIGILADO Supersalud

SIC 338/0610-19823

Si tiene

1199

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 227

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin limites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	JHON ANDERSON FERRER RAMIREZ -			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1016948403	SEXO MASCULINO	
DIRECCIÓN DOMICILIO	CL 90B #93-28			
BARRIO	LUIS CARLOS GALAN		UPZ	
GÉNERO MASCULINO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	DIANAMARCE2779@HOTMAIL.COM		CELULAR 3205409711	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones físicas me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA:
CC. 1032 [illegible] 369

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1200

227

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Diana Marcela Ramirez Bohorquez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1073379369 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Jhon Anderson Serrez CON T.I. No. CC.1016948803.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma
Dirección: cll 90 D #93-25
Número Celular: 3154094911
Correo electrónico: diana.marce2270hotmail.com

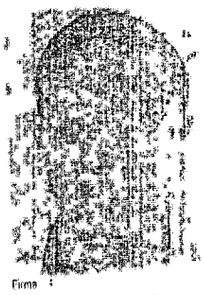
CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1201

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.948.403



Apellidos
FERRER RAMIREZ

Nombres
JHON ANDERSON

Nacionalidad
COL

Estatura
1,55

Sexo
M

Fecha de nacimiento
03 MAR 2006

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 MAR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de vencimiento
04 ABR 2034

.CO

04355750?

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

IDCOL0435575074150O1<<<<<<<<<<<
0603032M3404045COL1016948403<5
FERRER<RAMIREZ<<JHON<ANDERSON<

ADRES

1202

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016948403
NOMBRES	JHON ANDERSON
APELLIDOS	FERRER RAMIREZ
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. -CM	SUBSIDIADO	06/02/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/27/2025 09:42:19	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.

1203

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 228

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS				
NOMBRE IDENTINARIO	Valentina Rodriguez Fonseca.			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC.	NÚMERO: 1016942017.	SEXO: Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cr-69bN-75-77			
[illegible]RRIO	Ferias	UPZ		
GÉNERO	Femenino X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	yerimyalejafon1978@gmail.com		CELULAR: 3219993040	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

[illegible]edio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones [illegible]s me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Yerimi Alejandra Fonseca

FIRMA:
CC. 52351901

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1209

228

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Yesmi Alejandra Fonseca Yancera
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52351901 expedida en Bogotá. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Valentina Rodriguez Fonseca. CON T.I. No. RC: 1016942017.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024,** y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se ençuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma
Dirección: Carrera 69b N: 75-77.
Número Celular: 3219993040
Correo electrónico: Yesmyalejafon1978@gmail.com.

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1205



FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-DIC-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01274203-F-1016942017-20211228 0077591025A 1 8503666507

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.016.942.017
RODRÍGUEZ FONSECA
APELLIDOS
VALENTINA
NOMBRES



FIRMA

1206

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016942017
NOMBRES	VALENTINA
APELLIDOS	RODRIGUEZ FONSECA
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	01/10/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/05/2025 15:28:57	**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

1207

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 229

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES

Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Gyselle Nykol Dhyvamss Dhammaris Herrera Palacio			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: Cédula	NÚMERO: 1000.256.244	SEXO: Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 73a 70a 55			
BARRIO	Bonanza	UPZ		
GÉNERO	Femenino: X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual: X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	arqueopterix71@outllok.com	CELULAR: 300 5610608		

Dirigen hasta 29 ur

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones físicas me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Carlos Herrera

FIRMA:
CC. 79530346

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1208

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

229

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Carlos A Herrera Rodríguez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 79530346 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Gyselle Nykol Dhyvamss D Herrera Palacio CON T.I. No. 1000256244.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

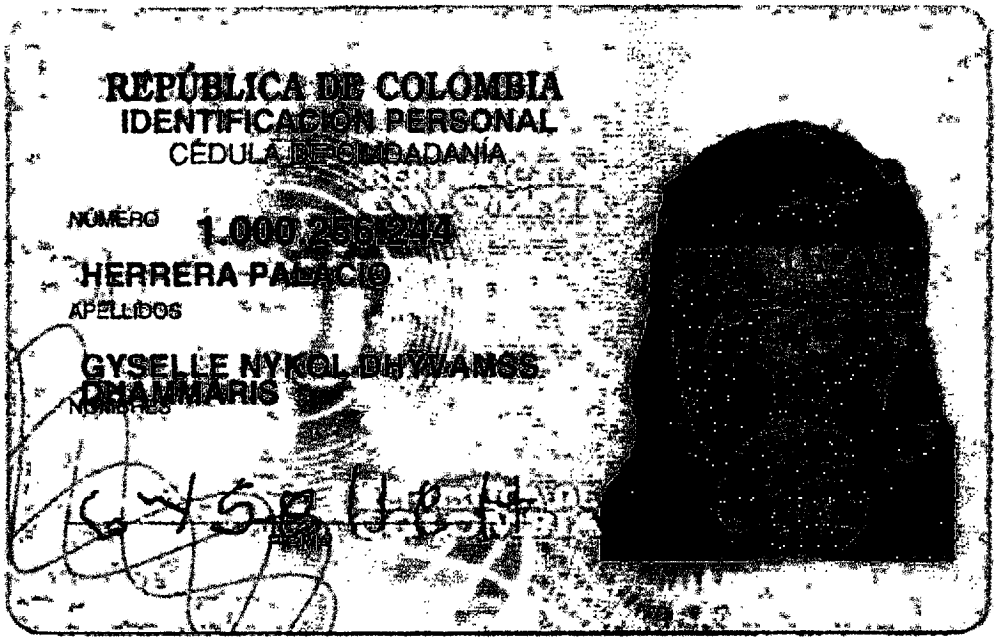
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma
Dirección: Calle 73a 70a 55 barrio Bonanza
Número Celular: 300 5610608
Correo electrónico: arqueopterix71@outlook.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1209



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.256.244

HERRERA PALACIO
APELLIDOS

GYSELLE NYKOL DHYVAMSS DHAMMARIS
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,32 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

22-OCT-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

1210

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000256244
NOMBRES	GYSELLE NYKOL DHYVAMSS DHAMMARIS
APELLIDOS	HERRERA PALACIO
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	16/05/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/03/2025 13:54:18	**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

121

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) GYSELLE NYKOL DHYVAMSS DHAMMAR HERRERA PALACIO identificado(a) con CC 1000256244 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	01/11/2014
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 25 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.

1212

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 230

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites ✓
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Jisenny Del Carmen Colina Arias			
NOMBRE IDENTINARIO	Jisy.			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO PPT	NÚMERO 1133391	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 140 B bis 137 - 159			
BARRIO	Berlin	UPZ		
GÉNERO	Femenino ✓	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual ✓	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante ✓
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	Vivo1217541982@gmail.com	CELULAR	3054528565	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA:
CC. 50382826

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1213

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

230

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Yenny Arias Tapia
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 5032326 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Lisienny Colina Arias CON T.I. No. 1133391.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de identidad y de la EPS

Firma
Dirección: Carrera 140 b bis 137 59
Número Celular: 3054528565
Correo electrónico: Uivo1217498@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1219

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 1133391

COL

COLINA ARIAS
APELLIDOS

LISIENNY DEL CARMEN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

31211247
DNI Nº.

10-07-2003
FECHA DE NACIMIENTO

20-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VÁLIDO

Firma

E1774390

DATOS BIOMÉTRICOS

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

IPCOL1133391<<9<<<<<<<<<<<<<<<
0307101M3105308VENE1774390<<<9
COLINA<ARIAS<<LISIENNY<DEL<CAR

1215

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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1133391
NOMBRES	LISIENNY DEL CARMEN
APELLIDOS	COLINA ARIAS
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	05/12/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/25/2025 16:44:24	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad 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.

1216

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 231

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[redacted]
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Brayan Andres Alvarez Serrano			
NOMBRE IDENTINARIO	Brayan			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1001091620	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 106 A # 142-08			
BARRIO	lombardia	UPZ: Rincon		
GENERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	alvarezsandra180896@gmail.com	CELULAR: 3144804468		

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones [illegible] me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA: Fabiola Serrano
CC. 51 684 698

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1217

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

231

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Fabiola Serrano
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51'689.698 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a): Brayan Andres Alvarez Serrano CON T.I. No. 1001091620.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

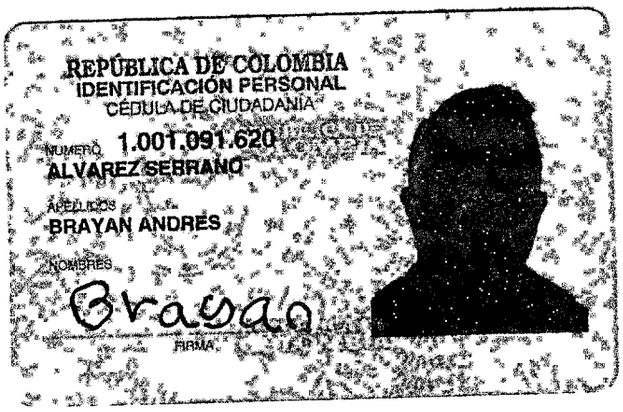
Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento identidad y de la EPS

Firma Fabiola Serrano
Dirección: Cra 106A # 142-08
Número Celular: 314-480-44-68
Correo electrónico: Alvarezsandra180596@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

1218



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.001.091.620

APELLIDOS ALVAREZ SERRANO

NOMBRES BRAYAN ANDRES

Brayan

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-JUN-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-JUN-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01250354-M-1001091620-20210618 0075329276A 3 8502241456

1219

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001091620
NOMBRES	BRAYAN ANDRES
APELLIDOS	ALVAREZ SERRANO
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	10/06/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/23/2025 16:19:51	**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".

1220

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

1221

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 232

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	☐ Escuela de formación deportiva en lucha libre	☐ Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	☐ Escuela de formación deportiva tenis de mesa	☐ El poder de los sabios y sabias
	☐ Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	☐ Corriendo sin limites
	☐ Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	☐ Torneo de banquitas
	☐ Curso básico de ajedrez	☐ Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Valentina Sarmiento Vargas			
NOMBRE IDENTINARIO	Valentina Sarmiento Vargas			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC.	NÚMERO 1016946955	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Kr 90 Bis 83 A 03			
BARRIO	Doiviguy		UPZ Engativa	
GENERO	Femenino X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	tintina20.05@hotmail.com		CELULAR 3212576865	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones s me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Yeny Vargas

FIRMA:
CC. 1015406950

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

~~232~~
1222

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Yeny Astrid Vargas Carvajal
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1015406950 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Valentina Sarmiento Vargas CON T.I. No. 1018946955.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Yeny Astrid Vargas Carvajal
Dirección: Kr 90 81S 83 A 03
Número Celular: 3212576865
Correo electrónico: tintina10.05@hotmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1223

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.946.955



Apellidos
SARMIENTO VARGAS

Nombres
VALENTINA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 AGO 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
11 AGO 2023, BOGOTA D.C.

Firma
NO FIRMA

Fecha de expiración
14 AGO 2033

.CO

025990108

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025990108615001<<<<<<<<<<
0508090F3308143COL1016946955<3
SARMIENTO<VARGAS<<VALENTINA<<<

ADRES

1229

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016946955
NOMBRES	VALENTINA
APELLIDOS	SARMIENTO 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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	14/11/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 13:57:32	**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**

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

1225

SaludTotal

BOGOTA, Febrero 25 de 2025

Señora:
VARGAS CARVAJAL YENY ASTRID
CC. 1015406950
CR 90 BIS 83 A 03 - 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 Noviembre 14 de 2006. 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
VARGAS CARVAJAL YENY ASTRID	1015406950	C	Nov-14-2006	309	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
FAJARDO OVIEDO ELIAS	79462464	C	Feb-27-2018	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
VARGAS HIJO DE YENY ASTRID	1015406950	M	Ene-19-2012	4	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-19-2012	Desafiliado por novedad	Ninguna
FAJARDO VARGAS LUISA MARIA	1016959432	T	May-23-2012	199	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ANTELIZ VARGAS MATHYAS JAVIER	1016965007	T	Abr-11-2017	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SARMIENTO VARGAS VALENTINA	1016946955	C	Nov-14-2006	317	26	HIJO CON INCAP. PERMANENTE	VIGENTE			Intelectual
VARGAS LINARES WILLIAM RICARDO	79274391	C	Sep-13-2011	34	0	OTROS	NO VIGENTE	May-23-2012	Exclusion por Traslado a Otra EPS	Ninguna
CARVAJAL RINCON CONSUELO EUGENIA	41725294	C	Sep-13-2011	34	0	OTROS	NO VIGENTE	May-23-2012	Exclusion Beneficiario	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
MILLENIUM BPO S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
MILLENIUM BPO S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
MULTIENLACE SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
MULTINTEGRAL SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
NEXARTE SERVICIOS TEMPORALES SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
SERVIMOS LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
TAXI IMPERIAL SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
TELEPERFORMANCE COLOMBIA SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
TEMPLOY SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
TRABAJADORES TEMPORALES LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
TRABAJADORES TEMPORALES LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
VIDAMEDICAL BOGOTA IPS S A S	1015406950	Dependiente	VIGENTE
YENY ASTRID VARGAS CARVAJAL	1015406950	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
AMERICAS BUSINESS PROCESS SERVICES S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
ASISTIR SALUD LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	1015406950	Dependiente	CERRADO
CENTRO INTERACTIVO DE CRM S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
CENTRO INTERACTIVO DE CRM S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
CUSTOMER VALUE ACTIVADORES DE MARKETING LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
DE CASTILLO Y MERCHAN ABOGADOS LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
ELECTROFISIATRIA LTDA	1015406950	Dependiente	CERRADO
GENTE OPORTUNA SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
GERARDO MESA MANOSALVA	1015406950	Dependiente	CERRADO
IMPULSO TEMPORAL S A	1015406950	Dependiente	CERRADO
LABOR HUMANA SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
LABOR HUMANA SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1015406950	Dependiente	CERRADO
YENY ASTRID VARGAS CARVAJAL	1015406950	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
YENY ASTRID VARGAS CARVAJAL	1015406950	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
YENY ASTRID VARGAS CARVAJAL	1015406950	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
YENY ASTRID VARGAS CARVAJAL	1015406950	Trabajador Independiente	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

1226

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 233

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Entrenando sin fronteras
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Kevin Felipe Redondo Mayorga			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1010963124	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 80 BIS Sur 94-21			
BARRIO	San Bernardino XVII		UPZ: 87	
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	KevinFRedondoM@hotmail.com		CELULAR: 3134641592 - 3108595289	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Fabio Redondo

FIRMA:
CC. 80 068 099

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la Inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1227

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

233

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Fabio A Redondo
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 80068099 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Kevin Felipe Redondo CON T.I. No. 1010963124.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma
Dirección: Calle 80 bis Sur # 94-21
Número Celular: 310 859 5289
Correo electrónico: Fabioaredondo@hotmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

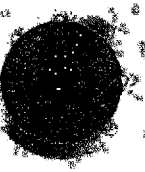
REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.010.963.124



APELLIDOS Y NOMBRES
REDONDO MAYORGA
KENIN FELIPE

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
21-NOV-2003
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA

FECHA DE EXPEDICIÓN
07-ENE-2025

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE EXPEDICIÓN
BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC

OFICINA DE REGISTRO
BOGOTA D.C. - CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de [illegible] para reclamar el documento

1229

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010963124
NOMBRES	KEVIN FELIPE
APELLIDOS	REDONDO MAYORGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	24/11/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 13:59:10	**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

1230

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) FABIO ALBERTO REDONDO NAVARRO identificado(a) con Cedula Ciudadania 80068099, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'INDUSTRIAS PLASTICAS G.R. LTDA. INPLAST G.R. LTDA' NIT 860516715, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20090221	0

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
KEVIN FELIPE REDONDO MAYORGA	HD	1010963124	CC	20230720	No Registrada	Activo
EVAN JOEL REDONDO MAYORGA	HD	1018435624	TI	20230720	No Registrada	Activo
JENNY MAYORGA	CP	53099816	CC	20241002	No Registrada	Activo
MANUEL ANTONIO REDONDO LEON	PD	17058199	CC	20030416	20050630	Retirado
LILIA STELLA NAVARRO DE REDONDO	PD	41773141	CC	20030416	20050630	Retirado
JUAN PABLO HURTADO MAYORGA	HI	1001049777	TI	20121001	20140331	Retirado

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a) a los 25 días del mes de

Subsidio

1231

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 234

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Pelaez García			
NOMBRE IDENTINARIO	Ivan Andres			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: cedula	NÚMERO: 7000278 596	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 113 F 63 F 36			
BARRIO	Sabanas del dorado	UPZ: 74		
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante X
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	garcialoura819@icloud.com		CELULAR: 3209736020	

diligenciar hasta aquí.

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA:
CC.

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1232

234

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Laura García Autorizo las salidas de Andres Pelaez mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1016002073 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Ivan Andres Pelaez García CON T.I. No: 1000278596.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

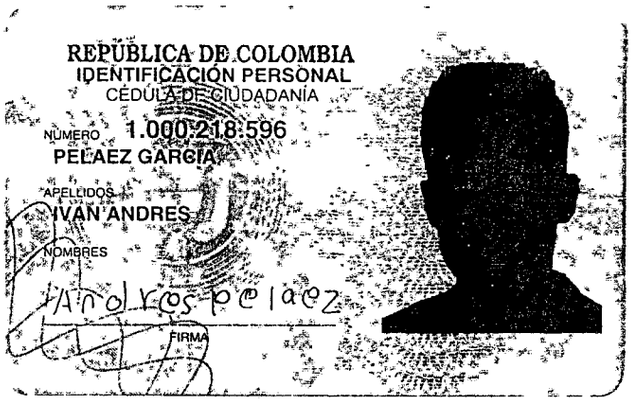
Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Laura García
Dirección: carrera 113F # 63F36
Número Celular: 3209116020
Correo electrónico: garciaurita879@icloud

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1233



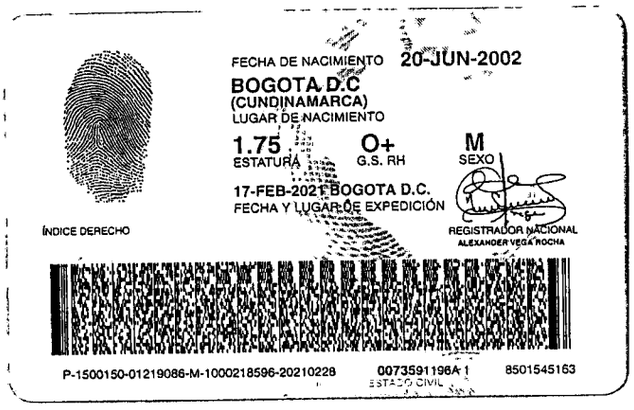
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.218.596
PELAEZ GARCIA

APELLIDOS
IVAN ANDRES

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

17-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01219086-M-1000218596-20210228 0073591196A 1 8501545163
ESTADO CIVIL

ADRES

1234

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000218596
NOMBRES	IVAN ANDRES
APELLIDOS	PELAEZ GARCIA
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	01/06/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:01:29	**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

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

1235

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Ivan Andres Pelaez Garcia** identificado(a) con cedula **DE IDENTIFICACION** número **1000218596,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1000218596
NOMBRES Y APELLIDOS	Ivan Andres Pelaez Garcia
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	20/06/2002
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2016
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	133 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2016
NIVEL SISBEN	No aplica

OFICINA CALLE 50
11 DIC 2018
Recibido Por

Generado por frcanon

11/12/2018

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

1236

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 235

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Leismy Flora Herena			
NOMBRE IDENTINARIO	Leismy Flora Herena			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: C.C	NÚMERO: 1102119441	SEXO: femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	carrera 90 72 04 sur			
BARRIO	villa del progreso	UPZ		
GÉNERO	Femenino: x	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	dina.herera2020@gmail.com		CELULAR: 3129042236	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones físicas me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA:
CC.

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1237

2351

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Dina Marcela Llerena Navarro
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1010127933 expedida en Sahagún cordoba en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Leisny Flora Llerena CON T.I. No. 1102119441.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

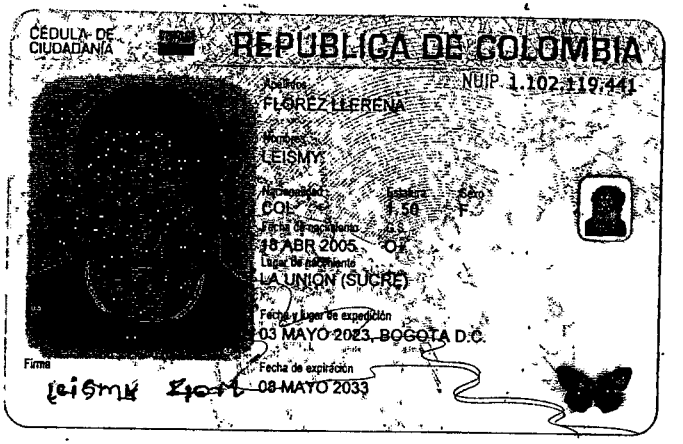
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma Dina Llerena
Dirección: carrera 90 72 04 Sur
Número Celular: 3212904236
Correo electrónico: dinallerena2020@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1238


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.102.119.441

Apellidos
FLOREZ LLERENA

Nombres
LEISMY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

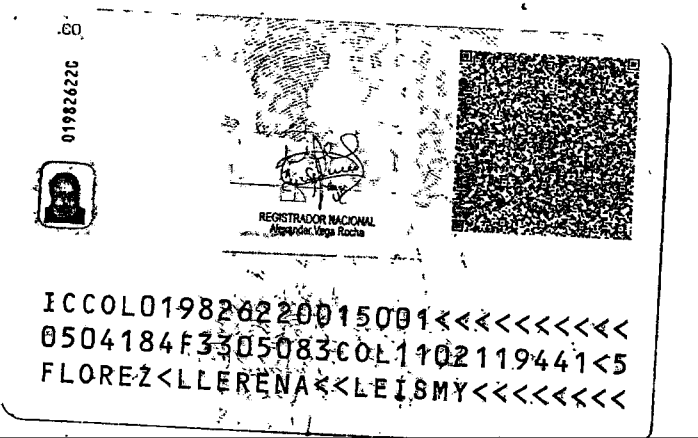
Fecha de nacimiento
18 ABR 2005

Lugar de nacimiento
LA UNION (SUCRE)

Fecha y Lugar de expedición
03 MAYO 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
08 MAYO 2033

Firma
Leismy Florez


CO

0198262 2C

REGISTRADOR NACIONAL
Alejandro Vega Rocha

ICCOL0198262200150 01<<<<<<<<<<
0504184F3305083COL1102119441<5
FLOREZ<LLERENA<<LEISMY<<<<<<<

1269

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1102119441
NOMBRES	LEISMY
APELLIDOS	FLOREZ LLERENA
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	01/07/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/23/2025 12:52:45	**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".

1290

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 236

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[redacted]
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Linda Vanessa Torres Moreno			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO TI	NÚMERO 1070781215	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 56 # 36a - 56.			
BARRIO	Nicolas Federman	UPZ Teusaquillo		
GÉNERO	Femenino X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X.	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	KPFpedagogia@gmail.com	CELULAR 3167619340		

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

[redacted]edio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones [redacted]s me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA:
CC. 1073687520

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1241

236

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Deisy Alejandra Soler Ferreira mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1073687520 - expedida en Soacha en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Linda Vanessa Torres Mo. CON T.I. No. 1070781215.. Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de identidad y de la EPS

Firma
Dirección:
Número Celular: 3167619340
Correo electrónico: kpfpedagogia@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.070.781.216
TORRES MORENO
APELLIDOS
LINDA VANESSA
NOMBRES

NO FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-2009
SASAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-NOV-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
24-MAY-2017 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

0055040586A 1 18244-51113

IDCOL210 F1070781216-2017070

Powered by CamScanner

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	1070781215
NOMBRES	LINDA VANESSA
APELLIDOS	TORRES MORENO
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. -CM	SUBSIDIADO	27/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/24/2025 12:16:32	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

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

837
1244

INSCRIPCIÓN No. 237

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Compartiendo saberes
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Nicolás Carvajal Ramírez.			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1011089231	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Kra. 123 # 131-80			
BARRIO	Villa Maria.		UPZ Suba	
GENERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	Carvajal Omar.01 & 6mail.Com.		CELULAR 310-3317327	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA: José Omar Carvajal
CC. 79 236 362

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforma a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Gloria Ramirez Y Omar Carvajal
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51716302 79236362 expedidas en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Nicolás Carvajal Ramirez CON T.I. No. 1011089231.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Jose Omar Carvajal P. Gloria E Ramirez

Firma
Dirección: Cra 123 N. 131 80
Número Celular: 3103317327
Correo electrónico: carvajalomar018@gmail.com

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de [illegible] oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1246

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.089.231



Apellidos
CARVAJAL RAMIREZ

Nombres
NICOLAS

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.61	M

Fecha de nacimiento
06 NOV 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 NOV 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Nicolas Carvajal

Fecha de expiración
14 DIC 2033

034899458

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL034899458615001<<<<<<<<<<
0511069M3312142COL1011089231<3
CARVAJAL<RAMIREZ<<NICOLAS<<<<<

ADRES

1297

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1011089231
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	CARVAJAL RAMIREZ
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	10/11/2005	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:11:50	**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

1248

Salud Total EPS-S

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) CARVAJAL RAMIREZ NICOLAS con documento de identidad T 1011089231, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Abril 6 de 2022.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

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.

Se expide el día 30 de Noviembre del 2023 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Elaboró: Myriam Yasmin Vela Bermudez - Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

1249

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 238

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	[ ] Escuela de formación deportiva en lucha libre	[ ] Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	[ ] Escuela de formación deportiva tenis de mesa	[ ] El poder de los sabios y sabias
	[ ] Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[redacted]
	[ ] Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	[ ] Torneo de banquitas
	[ ] Curso básico de ajedrez	[ ] Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Nicolas Gómez Arza			
NOMBRE IDENTINARIO	Nicolas Gómez Arza			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1000 833 173	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Transversal 79 f #82 - 25			
BARRIO	Tisquesusa		UPZ: Engativa	
GENERO	Femenino	Masculino: X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual: X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	marcela-arza15@gmail.com		CELULAR: 3178281147	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	[ ]	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	[ ]
Consentimiento de Participación	[ ]	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	[ ]
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	[ ]	Planilla de inscripción según evento	[ ]

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones [redacted] me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Marcela Arza

FIRMA:
CC. 52561199

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

1250

238

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Ruth Marcela Ariza Sosa
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52561149 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Nicolas Gómez Ariza CON T.I. No. 1000833173.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Marcela Ariza
Dirección: Transversal 79 f # 82-25
Número Celular: 3177828147
Correo electrónico: marcela.ariza15@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

1251

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.833.173
GOMEZ ARIZA

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2002
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 | B+ | M
ESTATURA | G.S. RH | SEXO

03-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-150150-01223014-M-1000833173-20210319 0073799362A 2 8501640144

DEL ESTADO CIVIL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000833173
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	GOMEZ ARIZA
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	18/05/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/24/2025 10:23:16	**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

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

1253

INSCRIPCIÓN No. 239.

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	Corriendo sin límites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Amparo Brito Ramirez			
NOMBRE IDENTINARIO	Andres Felipe Brito Ramirez			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1094885879	SEXO	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cll 15 # 7-C 11 Mosquera "Cund.			
BARRIO	Puerto Vallarta	UPZ		
GENERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	luzamparo.2515@gmail.com		CELULAR 3150027779	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Luz Brito

FIRMA:
CC. 1094904079

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

229
1234

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Luz Amparo Brito Ramirez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1094904072 expedida en Armenia. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Andres Felipe Brito Ramirez CON T.I. No. 1094885579.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Luz Brito
Dirección: Cll 15 #7c11 Mosquera "Cund"
Número Celular: 3150027779
Correo electrónico: luzamparo.2515@gmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1255

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.094.885.579



Apellidos
BRITO RAMIREZ

Nombres
ANDRES FELIPE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M

Fecha de nacimiento | G.S.
16 DIC 2004 | O+

Lugar de nacimiento
ARMENIA (QUINDIO)

Fecha y lugar de expedición
31 ENE 2023, BOGOTA D.C.

Firma
FELIPE BRITO

Fecha de expiración
31 ENE 2033

CO
0141658S8

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

IDCOLD141658586150O1<<<<<<<<<<
0412166M3301317COL1094885579<7
BRITO<RAMIREZ<<ANDRES<FELIPE<<

1256

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.094904.072

BRITO RAMIREZ
APELLIDOS

LUZ AMPARO
NOMBRES



Luz Amparo Brito
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1989
MONTENEGRO
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

10-ABR-2007 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01265882-F-1094904072-20211113 0076391397A 1 8502850966

1257

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1094885579
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	BRITO RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	MOSQUERA

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	01/09/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:13:47	**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

1258

CARNÉ AFILIADO POS

Famisanar EPS

CABEZA GRUPO FAMILIAR
CC 80377733

CATEGORÍA
A

DATOS DEL AFILIADO
ANDRES FELIPE
BRITO RAMIREZ

TIPO DE AFILIADO
CC 1094885579 BENEFICIARIO

IPS PRIMARIA
HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO DEL
MUNICIPIO DE MOSQUERA

DISCAPACIDAD
MULTIPLE - PROFUNDA

URGENCIAS HASTA

FECHA AFILIACIÓN
01/09/2019

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSPERIBLE

El Sistema de Seguridad Social en Salud le permite utilizar el servicio a través del médico general.
Por lo tanto, acuda oportunamente a su centro de atención.

En caso de urgencia o requerir atención, diríjase a cualquiera de las instituciones adscritas a EPS Famisanar Ltda o comuníquese al:

Solicitud de citas CAFAM 307 70 11 / COLSUBSIDIO 745 69 99
Información en Bogotá - 307 69 69
Fuera de Bogotá sin costo - 01 8000 91 66 62
www.famisanar.com.co

Recuerde la importancia de cumplir con sus derechos y deberes como afiliado a EPS Famisanar Ltda.
Línea de atención Supersalud 431 70 00 en Bogotá / 01 8000 51 37 00 Línea Gratuita Nacional

VERSIÓN ADOPTADA Resolución 2481

1259

240

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 240

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	☐ Escuela de formación deportiva en lucha libre	☐ Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	☐ Escuela de formación deportiva tenis de mesa	☐ El poder de los sabios y sabias
	☐ Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	☐ Comiendo sin límites
	☐ Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	☐ Torneo de banquitas
	☐ Curso básico de ajedrez	☐ Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Adriana Merchán Flórez			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1011081478	SEXO: femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 79A # 63-66			
BARRIO	Simón bolívar	UPZ		
GÉNERO	Femenino	Masculino	Transèxual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	leonildeflórez8@gimail.com		CELULAR: 3226063801	

Diligenciar hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones físicas me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

Leonilde Flórez

FIRMA:
CC. 51605031

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1260

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Leonilde Flórez

mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51605091 expedida en Bogota 28 septiembre en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Luz Adriana Arevalo Florez CON T.I. No. 1011081428.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Leonilde Flórez
Dirección: Calle 79A # 63-66
Número Celular: 3227606381
Correo electrónico: Florez leonilde8 @ gimail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

126

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.011.081.478



Apellidos
MERCHAN FLOREZ

Nombres
LUZ ADRIANA

Nacionalidad
COL

1.40

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 ENE 2005

O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
25 ENE 2023, BOGOTA D.C.

Firma
LUZ Adriana

Fecha de expiración
26 ENE 2033

013935919

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013935919815001<<<<<<<<<<
0501219F3301269COL1011081478<8
MERCHAN<FLOREZ<<LUZ<ADRIANA<<<

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1011081478
NOMBRES	LUZ ADRIANA
APELLIDOS	MERCHAN 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
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/25/2025 11:23:31	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

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

1263

241

INSCRIPCIÓN No. 241

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[redacted]
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Sara Isabel Eulegelo Pelayo			
NOMBRE IDENTINARIO	Sara			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1010052876	SEXO: Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO				
BARRIO	Pradera Norte		UPZ: 12	
GENERO	Femenino: X	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	Yegny Pelayo@yahoo.es		CELULAR: 3124392173	

Diligencia hasta aquí

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

Yegny Pelayo

FIRMA:
CC. 52435960

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES, ACUDIENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE MENORES DE 18 AÑOS.

Yo, Yegny Pelayo Carvajal
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52435760 expedida en Bogotá. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Sara Isabel Eulegelo Pelayo CON T.I. No. 1010052876.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato de Prestación de servicios 492 de 2024**, y resueltas todas las inquietudes y comprendida en su totalidad la información sobre el programa, autorizo: La asistencia a las actividades en los horarios establecidos, el registro de fotos y videos de las clases y muestras artísticas y culturales. Así mismo manifiesto y acepto que: Mi representado(a) se encuentra amparado por la cobertura del Sistema General de Salud, en el (los) eventos que requiera ser atendido en desarrollo de las actividades realizadas. La participación de mi representado(a) no generará ningún costo, ni recibiremos remuneración alguna por suparticipación, autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad de Barrios Unidos, mi representado/a se encuentra en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para asistir y participar en la (s) actividad (es), me comprometo a notificar al personal en caso que surja cualquier novedad o situación inesperada que afecte la participación de mi representado(a). Asumo voluntariamente los riesgos propios y naturales que conlleva la práctica de las actividades recreativas, deportivas, culturales y lúdico-pedagógicas, por consiguiente, eximo a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S., de cualquier daño o perjuicio que pueda sufrir en el desarrollo de la actividad mi representado(a).

Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Por favor se requiere de fotocopia de documento de Identidad y de la EPS

Firma Yegny Pelayo C.
Dirección: Cl 164 # 14A-16
Número Celular: 3124392173
Correo electrónico: yeanpelz9@yahoo.es.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoc e y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de

1265

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.010.052.876



Apellidos
EULEGELO PELAYO

Nombres
SARA ISABEL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.46

Sexo
F

Fecha de nacimiento
10 MAYO 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 MAYO 2024 BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
14 MAYO 2034

Firma

NO FIRMA

CO

0462972226

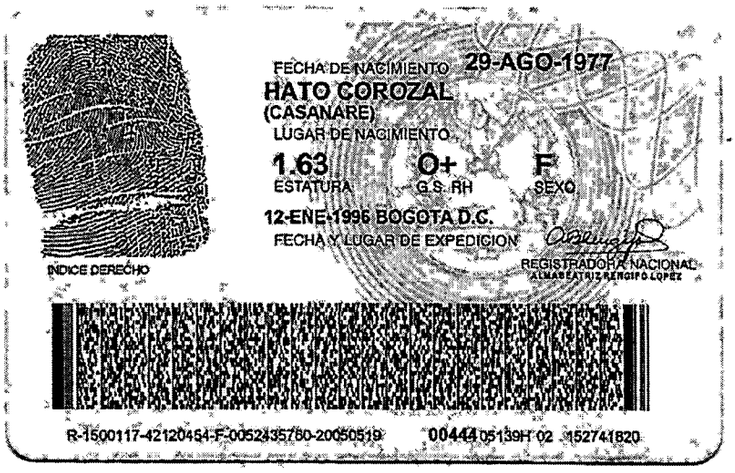
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0462972262150O1<<<<<<<<<<<
0605106F3405145COL1010052876<5
EULEGELO<PELAYO<<SARA<ISABEL<<

1266



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.435.760
NUMERO
PELAYO CARVAJAL
APELLIDOS
YEGNY ANGELINA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1977
HATO COROZAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
12-ENE-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
R-1500117-42120454-F-0052435760-20050519 00444 05139H 02 152741820

{fiduprevisora) FOMAG

CERTIFICACIÓN

El(la) señor(a) EDUARDO EULEGELO BARRIOS (Q.E.P.D.) quien se identificaba con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 17546157, se encontraba vinculado(a) al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO. Según la Ley 91 de 1989, actualmente el(los) beneficiario(s) presentado(s) a continuación se encuentra(n) afiliado(s) en salud al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante Fallecido:

Nombres Cotizante:	EDUARDO	**Apellidos Cotizante:**	EULEGELO BARRIOS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía	**Número Documento:**	17546157
Estado Actual:	Retirado	**Tipo de Afiliación:**	Cotizante Fallecido
Fecha Retiro:	20/10/2020		

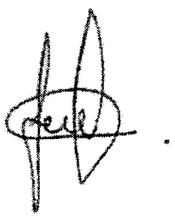
Información de los Beneficiarios:

Tipo de Afiliación Cotizante	Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Fecha Retiro	Parentesco
Beneficiario	Cédula de Ciudadanía	1020830762	DAVID FERNANDO	EULEGELO PELAYO	12/10/2005	Retirado	31/01/2018	Hijo Docente
Sustituto Pensional	Cédula de Ciudadanía	52435760	YEGNY	PELAYO CARVAJAL	12/10/2005	Activo		Conyuge o Compañero
Sustituto Pensional	Cédula de Ciudadanía	1010052876	SARA ISABEL	EULEGELO PELAYO	16/05/2006	Activo		Hijo Docente

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

Dada a solicitud del interesado en la fecha 16/02/2025.

{fiduprevisora) fomag 1268



Leidy Tatiana Figueredo Rodriguez

Coordinadora de Afiliaciones.

Elaboró: **Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite**

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

RECORD CLINICO

HISTORIA CLINICA

(Fecha Atención: 2025-01-29)

Datos de Identificación

Identificación CC-1010052876	**Sexo** FEMENINO	**Genero**		**Religión** Catolica
Nombre SARA ISABEL EULEGELO PELAYO	**Fecha Nacimiento** 2006-05-10	**Edad** 18 Años		**Discapacidad** Sin discapacidad
Etnia NINGUNA DE LAS ANTERIORES	**Estado Civil** SOLTERO	**Estrato** 4	**Fla. Accion** NO	**Escolaridad** BASICA SECUNDARIA
Email yeanpet29@yahoo.es	**Origen**	**Ambito Territorial**		**Ocupacion** Estudiante
Dirección CLL 164 NO 14 A 16	**Residencia** BOGOTA	**Desplazado** NO		**Telefono** 3124392173 - 3124392173
Aseguradora Responsable Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio	**Plan** OTROS	**Tipo Usuario** BENEFICIARIO		

Antecedentes (Inicio)

Antecedentes Personales

Traumatológicos
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19

Patológicos
ANTECEDENTES RETARDO MENTAL MODERADO - EPILEPSIA- CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA - MALFORMACION DE ARNOLD CHIARI TIPO 1-HIPERLAXITUD LIGAMENTARIA
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19

Quirúrgicos
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.760149

Farmacológicos
LEVETIRACETAM 20CC DIA BISOPROLOL 5X1
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.759925

Antecedentes Toxicológicos

Alcohol
NO CONSUME Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.7608

Fumar (tabaquismo)
NO FUMA
Cigarrillos al dia: Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19 760561

Antecedentes Alergicos

Otros ant. alérgicos
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19

Alimentos
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19

Ambientales
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.761417

Antibióticos
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.761212

Antecedentes Familiares

Otros ant. importantes
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19

Otro tipo de cáncer
NIEGA LA MADRE
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.763109

Antecedentes Gineco-Obstetricos

Vaginales
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.762792

Partos
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.762542

Gravidez
Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD
2025-01-10 08:55:19.762325

RECORD CLINICO

Servisalud ocs 1270

HISTORIA CLINICA

(Fecha Atención: 2025-01-29)

Antecedentes Sexuales

Orientacion Sexual Heterosexualidad Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD 2025-01-10 08:55:19	**Actividad Sexual** NIEGA LA MADRE Prof: CLAUDIA EMIR JIMENEZ HOWARD 2025-01-10 08:55:19.76183

Antecedentes (Fin)

Consultas (Inicio)

Consulta - # Interno: 9053624094

Profesional: SOLON NAVARRETE HURTADO - Reg: 79404389 **Fecha I.:** 2025-01-29 09:27:00 **Fecha F.:** 2025-01-29 09:29:34

Especialidad: CARDIOLOGIA
Sede: Servisalud QCL Campin **Cod. Habilitación:** 110013051411

Motivo de Consulta
control por cardiologia

Enfermedad Actual
MC: CONTROL CARDIOLOGIA

EA: ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, NO DOLOR TORACICO, NO DISNEA
REFIERE MADRE QUE PACIENTE SE CAE CONSTANTEMENTE ASOCIADA A DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES, NIEGA SINCOPE, NO PERDIDA DE LA COSNCIENCIA

Dx
1. MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA ASIMETRICA EN TRACTO DE SALIDA DE VI
2. VALVULOPLASTIA MITRAL
3. MALFORMACION ARNOLD CHIARI
4. EPILEPSIA
5. BCRIHH

APORTA:
03/01/2025 RMN DE CORAZON: FEVI 68%
HIPERTROFIA CONCENTRICA ENGORSAMIENTO ASIMETRICO NESPECIALMENTE SEPTAL, MAYOR DE 18MM, REALCE TARDIO DE PATRON NO ISQUEMICO MESOCARDICO
17/04/2023 EKG: RITMO SINUSAL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA
25/010/2023 ECOTT cardiolab: FEVI 66%
PLASTIA VALVULAR MITRAL NORMOFUNCIONANTE

EF BUENAS CONDICIONES GENERALES
SV: TA MSD 100/60MMHG FC 73, SPO2 92%, PESO 36 KG
SIN ARRITMIA DURANTE EL EXAMEN
RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS
CAMPOS SONOROS, BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN AGREGADOS
PULSOS IGUALES, REGULARES Y SIMÉTRICOS
NO HAY EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, SIN EDEMA SACRO.

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA EN SEGUIMIENTO CARDIOLOGIA POR MIOCARDIPATIA HIPERTROFICA ASIMETRICA MAS VALVULOPASTIA MITRAL ACTUALMENTE CON CIFRAS TENSIONALES Y FC EN METAS SIN SIGNOS DE CONGESTION, TIENE REPORTE DE RMN CARDIACO QUE INDICA FEVI 68% HIPERTROFIA CONCENTRICA ENGORSAMIENTO ASIMETRICO, ESPECIALMENTE SEPTAL MAYOR DE 18MM, REALCE TARDIO DE PATRON NO ISQUEMICO MESOCARDICO, SE AUTORIZA TERAPIA FISICA NO COMPETITIVA, CONTROL POR CARDIOLOGIA EN 6 MESES

Revisión de Síntomas por Sistema

Piel y anexos No refiere	**Ojos** No refiere	**ORL** No refiere	**Cuello** No refiere	**Cardiovascular** No refiere	**Pulmonar** No refiere
Digestivo No refiere	**Genital/urinario** No refiere	**Musculo/esqueleto** No refiere	**Neurológico** No refiere	**Otros** No refiere	

Examen Físico

Signos Vitales

Sentado		Erguido		Decubito										
PA Sis	PA Dia	PA.Sis	PA.Dia	PA.Sis	PA.Dia	Temp	FC	FR	Sat O2	Glucom	Peso(Kg)	Talla(cm)	IMC	Glasgow	FCF
120	70					36	78	18	98		35.5	145	16.89		
Cirabd	Per.Cef	Perbra	FUM												
87															

Condiciones generales Normal	**Cabeza** Normal	**Ojos** Normal	**Oidos** Normal	**Nariz** Normal	**Orofaringe** Normal
Cuello Normal	**Dorso** Normal	**Mamas** Normal	**Cardiaco** Normal	**Pulmonar** Normal	**Abdomen** Normal
Genitales Normal	**Extremidades** Normal	**Neurológico** Normal	**Otros** Normal		

127

Resumen y Comentarios

MC: CONTROL CARDIOLOGIA EA: ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, NO DOLOR TORACICO, NO DISNEA REFIERE MADRE QUE PACIENTE SE CAE CONSTANTEMENTE ASOCIADA A DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES, NIEGA SINCOPE, NO PERDIDA DE LA COSNCIENCIA Dx 1. MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA ASIMETRICA EN TRACTO DE SALIDA DE VI 2. VALVULOPLASTIA MITRAL 3. MALFORMACION ALNOLD CHIARI 4. EPILEPSIA 5. BCRIHH APORTA: 03/01/2025 RMN DE CORAZON: FEVI 68% HIPERTROFIA CONCENTRICA ENGORSAMIENTO ASIMETRICO NESPECIALMENTE SEPTAL, MAYOR DE 18MM, REALCE TARDIO DE PATRON NO ISQUEMICO MESOCARDICO 17/04/2023 EKG: RITMO SINUSAL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA 25/010/2023 ECOTT cardiolab: FEVI 66% PLASTIA VALVULAR MITRAL NORMOFUNCIONANTE EF BUENAS CONDICIONES GENERALES SV: TA MSD 100/60MMHG FC 73, SPO2 92%, PESO 36 KG SIN ARRITMIA DURANTE EL EXAMEN RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS CAMPOS SONOROS, BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN AGREGADOS PULSOS IGUALES, REGULARES Y SIMÉTRICOS NO HAY EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, SIN EDEMA SACRO. ANALISIS: PACIENTE FEMENINA EN SEGUIMIENTO CARDIOLOGIA POR MIOCARDIPATIA HIPERTROFICA ASIMETRICA MAS VALVULOPASTIA MITRAL ACTUALMENTE CON CIFRAS TENSIONALES Y FC EN METAS SIN SIGNOS DE CONGESTION, TIENE REPORTE DE RMN CARDIACA QUE INDICA FEVI 68% HIPERTROFIA CONCENTRICA ENGORSAMIENTO ASIMETRICO, ESPECIALMENTE SEPTAL, MAYOR DE 18MM, REALCE TARDIO DE PATRON NO ISQUEMICO MESOCARDICO, SE AUTORIZA TERAPIA FISICA NO COMPETITIVA, CONTROL POR CARDIOLOGIA EN 6 MESES

Diagnostico

DX Ppal: I422 - OTRAS CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICAS

Tipo diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA Finalidad: Diagnóstico Causa Externa: Enfermedad general

Fecha: 2025-01-29 09:27:00 Med: SOLON NAVARRETE HURTADO Especialidad: CARDIOLOGIA Reg: 79404889

Conducta

Interconsultas

90509 890228 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
96891

Nota: PACIENTE FEMENINA EN SEGUIMIENTO CARDIOLOGIA POR MIOCARDIPATIA HIPERTROFICA ASIMETRICA MAS VALVULOPASTIA MITRAL ACTUALMENTE CON CIFRAS TENSIONALES Y FC EN METAS SIN SIGNOS DE CONGESTION, TIENE REPORTE DE RMN CARDIACA QUE INDICA FEVI 68% HIPERTROFIA CONCENTRICA ENGORSAMIENTO ASIMETRICO, ESPECIALMENTE SEPTAL, MAYOR DE 18MM, REALCE TARDIO DE PATRON NO ISQUEMICO MESOCARDICO, SE AUTORIZA TERAPIA FISICA NO COMPETITIVA, CONTROL POR CARDIOLOGIA EN 6 MESES

Fecha: 2025-01-29 09:28 Prof: SOLON NAVARRETE HURTADO

Consultas (Fin)

Instrumentos (Inicio)

RECORD CLINICO

HISTORIA CLINICA

(Fecha Atención: 2025-01-29)

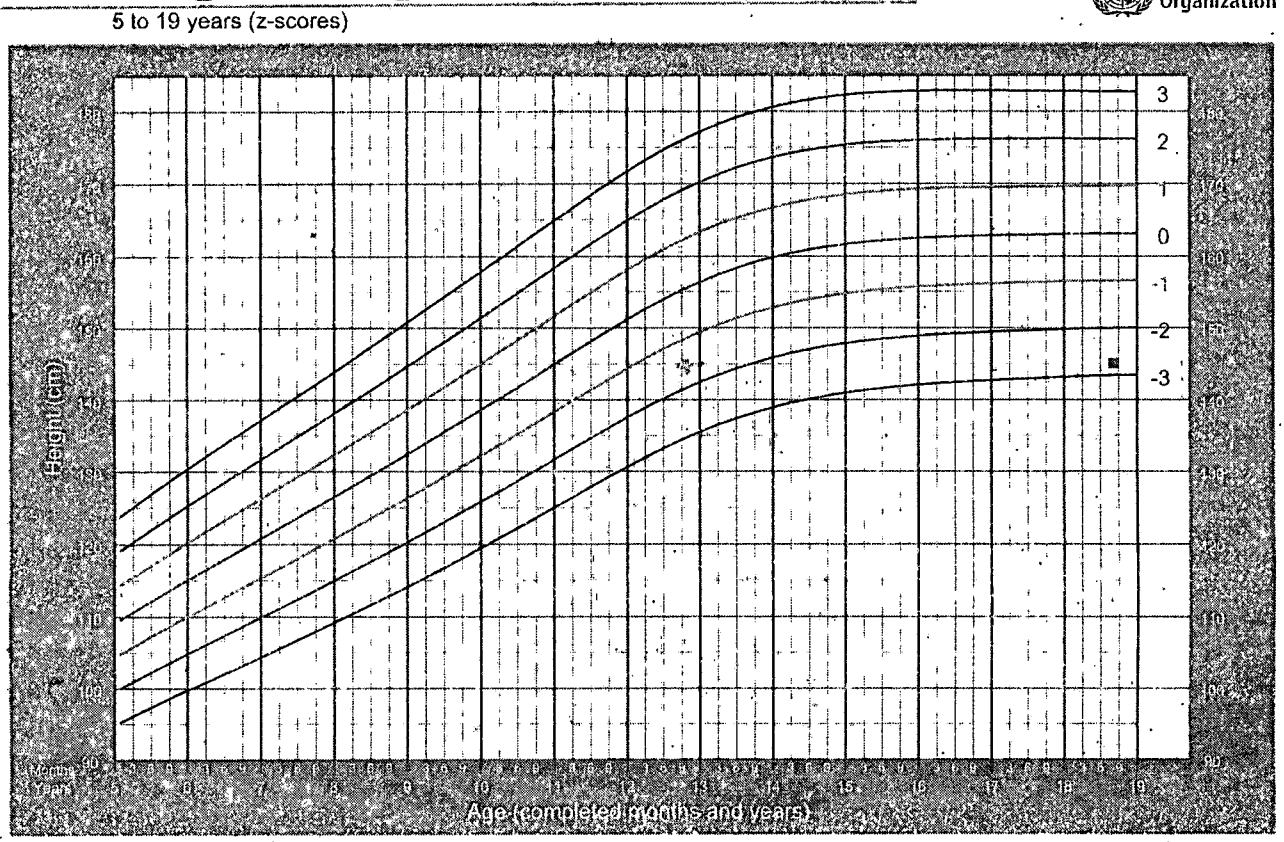
Servisalud 1232

Identificación	1010052876	**Nombre**	SARA ISABEL EULEGELO PELAYO
Fecha de nacimiento	2006-05-10	**Edad**	18 Años

Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)

World Health Organization



2007 WHO Reference

Nombre: SARA ISABEL EULEGELO PELAYO - ID: CC 1010052876 - F.N: 2006-05-10 - FecGen:2025-02-04 11:04:53 Impreso por: STEFANIA BOLIVAR JIMENEZ

RECORD CLINICO

Servisalud

HISTORIA CLINICA

(Fecha Atención: 2025-01-29)

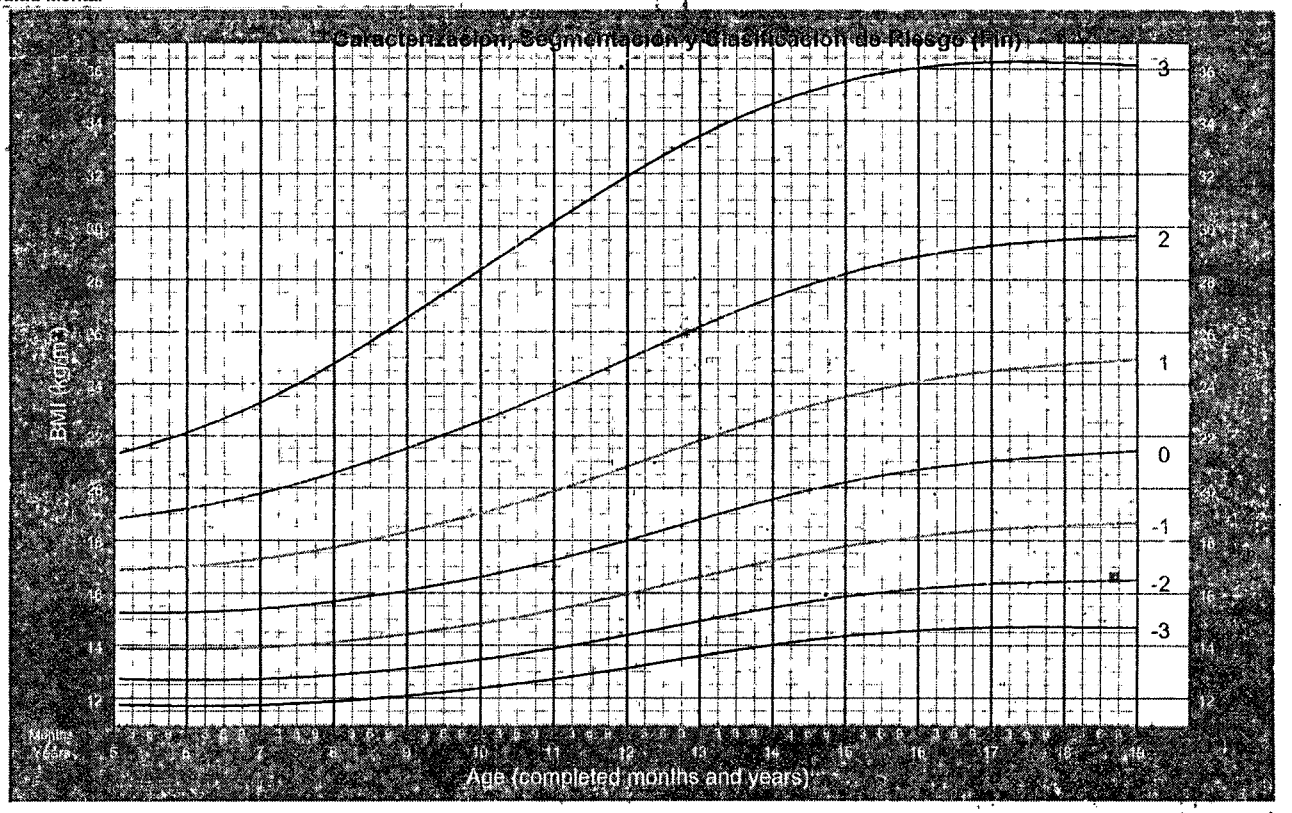
Identificación 1010052876 Nombre SARA ISABEL EULEGELO PELAYO

Instrumentos (Fin)

Caracterización, Segmentación y Clasificación de Riesgo (Inicio)

Clasificación Riesgo
Segmentacion
Orden Judicial
Salud Mental

Pie Riesgo
Condicion



Caracterización, Segmentación y Clasificación de Riesgo (Fin)

1274

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 242

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 242		
	Escuela de formación deportiva en lucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	X Corriendo sin limites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS EDUARDO SOLARTE CALDERÓN		
NOMBRE IDENTINARIO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C	NÚMERO 80.189.801	SEXO MASCULINO
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cra 65A # 94-76		
BARRIO Andes		UPZ	

GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder X
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom

CORREO ELECTRONICO		CELULAR	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

FIRMA: Carlos A. Solarte B

CC. 12.905.346

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1275

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Yo CARLOS ARTURO SOLARTE BACCA, identificado(a) con documento de identidad No. 12.905.346 expedido en TUMACO, declaro que he sido debida y claramente informado(a), que comprendo y acepto, que durante la participación en las actividades del **CPS N° 492 de 2024** el cual tiene por objeto **"Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"**, podrán surgir circunstancias inesperadas, riesgos, imprevistos, inconvenientes y demás eventualidades que se puedan presentar en desarrollo de dichas actividades asociadas al proyecto, los cuales asumo de manera libre y consciente a partir de la suscripción del presente documento, exonerando a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S. de toda responsabilidad de carácter legal por cualquier daño, lesión y/o perjuicio que pudiera sufrir y/o padecer como consecuencia de la ocurrencia de los hechos derivados porla participación en el mencionado certamen, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos.

autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Declaro así mismo que me encuentro(a) en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para participar en las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con el proyecto y me comprometo a notificar de manera clara, oportuna y veraz sobre cualquier novedad que pudiese presentarse.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído y que comprendo perfectamente su contenido se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas ellas que he formulado han sido respondidas y/o explicadas en forma satisfactoria, me comprometo a participar de todas y cada una de las actividades, así como a dar cumplimiento a los reglamentos que se han establecido para la participación de la población. En este orden, manifiesto mi compromiso para participar en las jornadas que se programen en al marco de las actividades para las cuales radico mi inscripción personal.

Comprendiendo estas condiciones expreso mi consentimiento para la participación en el proyecto, incluidas las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con este; en constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los días _____ del mes _____ de 2025. Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Carlos A. Solarte B

Firma Dirección: CR1
Número Celular: 3138704871
Correo electrónico:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80189801
NOMBRES	CARLOS EDUARDO
APELLIDOS	SOLARTE CALDERON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

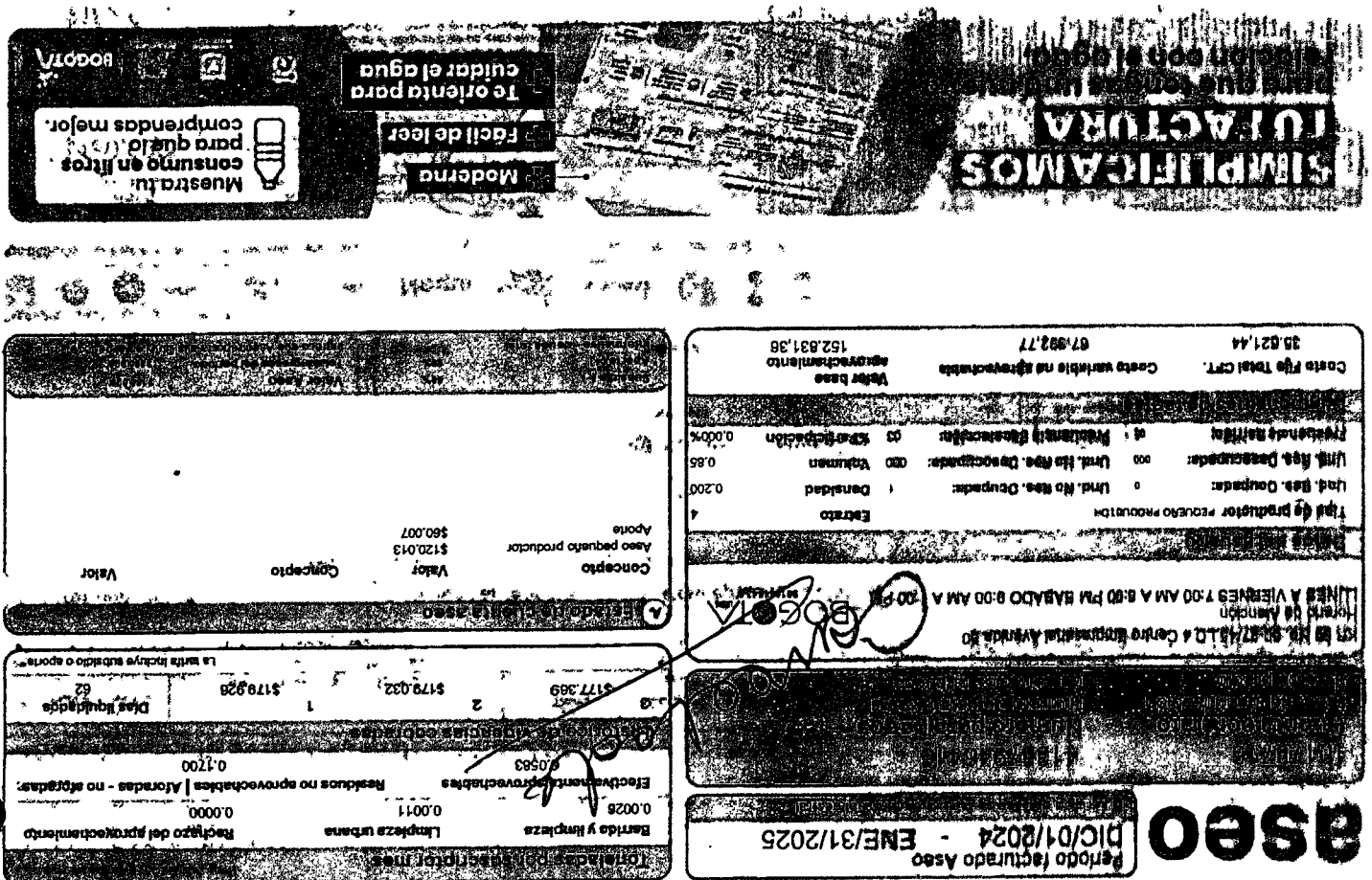
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/19/2025 08:50:57	**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

1277



DOCUMENTO EQUIVALE

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

NAG
Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: P1 RUTA:P11683

10178716
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos

Firmas y password el documento electrónico equivalente

Período facturado. NOV/17/2024 ENE/16/2025

Pago oportuno. Suspensión

Fecha esperada próxima factura: ABR/11/2025
Fecha y hora de expedición factura:
Fecha y hora de generación factura: FEB/08/2025 18:03:48

¡Hola!

Factura a nombre de
PROINCO LTDA PROINCO LTDA

Dirección del predio
KR 65A 94 76

Barrio: LOS ANDES Localidad: BARRIOS UNIDOS

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Comercial
Estrato: 4
Unidades Habitacionales: 0
Unidades No Habitacionales: 1

¡Nuestra factura del agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió!
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.
Mira y descubre el detalle de tu pago y consumo.

1278

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 243

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 243		
	[ ] Escuela de formación deportiva en lucha libre	[ ] Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	[ ] Escuela de formación deportiva tenis de mesa	[ ] El poder de los sabios y sabias
	[ ] Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	[X] Corriendo sin limites
	[ ] Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	[ ] Torneo de banquitas
	[ ] Curso básico de ajedrez	[ ] Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Luis Gabriel Vásquez Garavito			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO cc	NÚMERO 1074278400	SEXO masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cra 65A #94-76			
BARRIO Andes	Cra 65A #94-76		UPZ	
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual X	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO			CELULAR	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	[ ]	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	[ ]
Consentimiento de Participación	[ ]	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	[ ]
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	[ ]	Planilla de inscripción según evento	[ ]

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA:
CC. 79'750.707

Nombre de quién realiza la inscripción:
Luis Vasquez

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno– Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1279

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Yo Luis Vasquez, identificado(a) con documento de identidad No. 3176217467 expedido en Bogotá, declaro que he sido debida y claramente informado(a), que comprendo y acepto, que durante la participación en las actividades del **CPS N° 492 de 2024** el cual tiene por objeto **"Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"**, podrán surgir circunstancias inesperadas, riesgos, imprevistos, inconvenientes y demás eventualidades que se puedan presentar en desarrollo de dichas actividades asociadas al proyecto, los cuales asumo de manera libre y consciente a partir de la suscripción del presente documento, exonerando a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S. de toda responsabilidad de carácter legal por cualquier daño, lesión y/o perjuicio que pudiera sufrir y/o padecer como consecuencia de la ocurrencia de los hechos derivados porla participación en el mencionado certamen, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos.

autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Declaro así mismo que me encuentro(a) en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para participar en las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con el proyecto y me comprometo a notificar de manera clara, oportuna y veraz sobre cualquier novedad que pudiese presentarse.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído y que comprendo perfectamente su contenido se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas ellas que he formulado han sido respondidas y/o explicadas en forma satisfactoria, me comprometo a participar de todas y cada una de las actividades, así como a dar cumplimiento a los reglamentos que se han establecido para la participación de la población. En este orden, manifiesto mi compromiso para participar en las jornadas que se programen en al marco de las actividades para las cuales radico mi inscripción personal.

Comprendiendo estas condiciones expreso mi consentimiento para la participación en el proyecto, incluidas las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con este; en constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los días 28 del mes 02 de 2025. Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma Dirección:
Número Celular: 3176277467
Correo electrónico:

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1280

FECHA DE NACIMIENTO 29-OCT-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00154420-M-1014218400-20090417 0010710111A 1 28753005

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

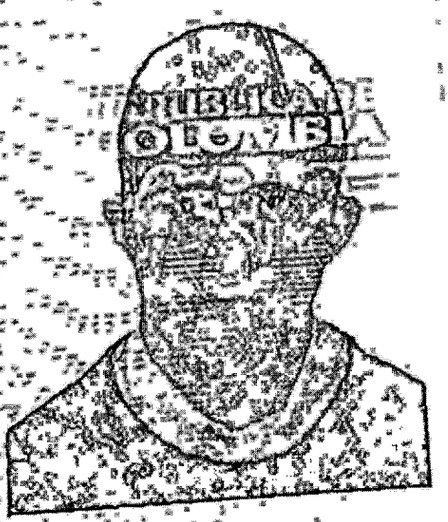
NUMERO 1.014.218.400

VASQUEZ GARAVITO

APELLIDOS

LUIS GABRIEL

NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScanner

1280

{fiduprevisora}

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) LUIS GABRIEL VASQUEZ GARAVITO identificado(a) con Cedula ciudadania N° 1014218400 su fecha de afiliación es del 01-10-2008, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como SUSTITUTO PENSIONAL en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL CAMPIN municipio de BOGOTA, D.C.

Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

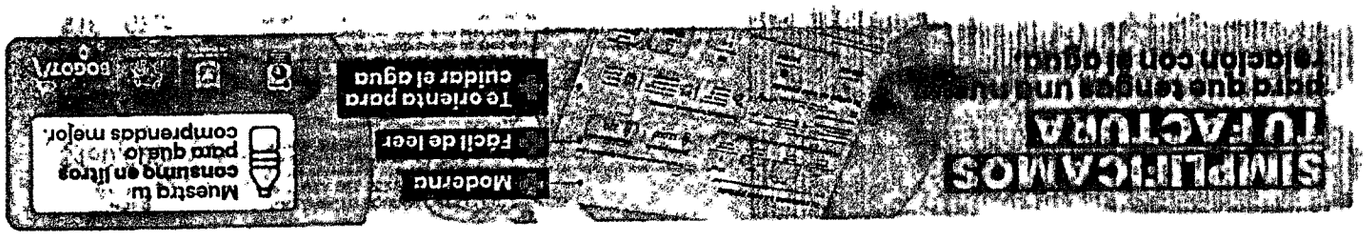
Dada la solicitud, 4 de marzo del 2025

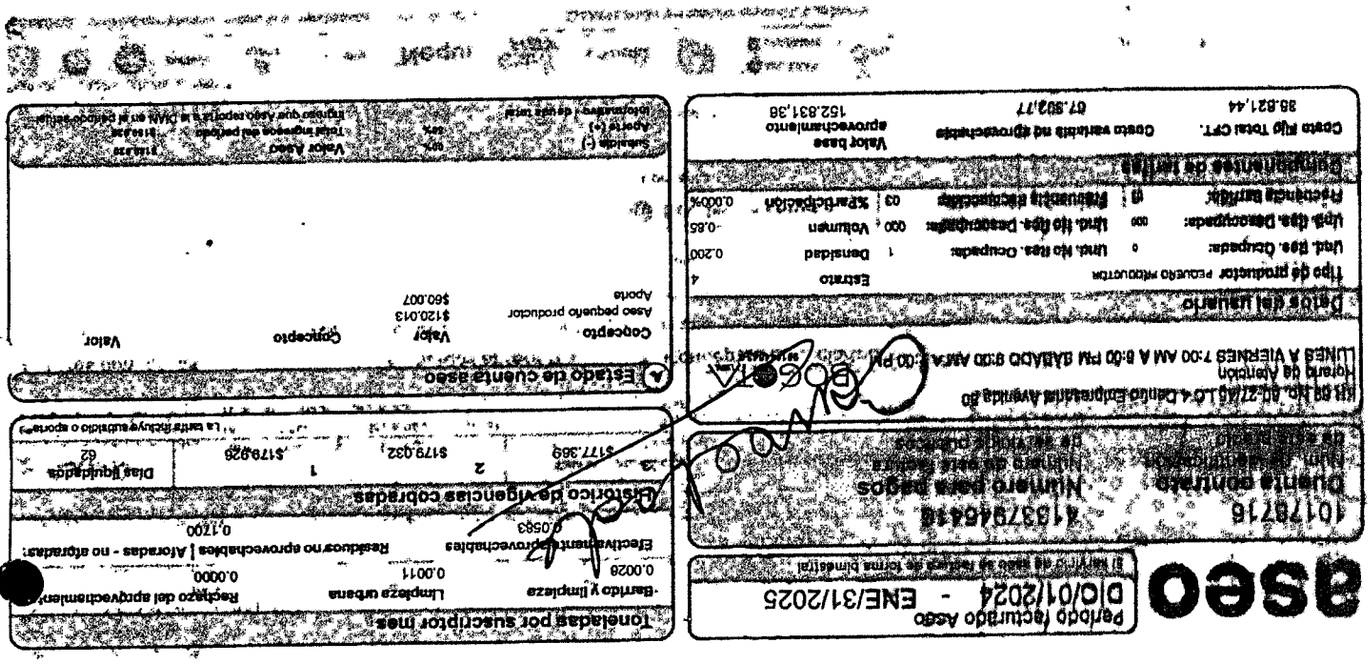
Cordialmente,

Coordinadora de Gestión de información y afiliaciones de docentes, pensionados y beneficiarios
Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo

1282





DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente; Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:1 CICLO: P1 RUTA:P11583

BIMESTRAL

10178716
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

41337946416
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
PROINCO LTDA PROINCO LTDA

Dirección del predio
KR 65A 94 76

Barrio: **LOS ANDES** Localidad: **BARRIOS UNIDOS**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Comercial
Estrato: 4
Unidades Habitacionales: 0
Unidades No Habitacionales: 1

Período facturado	NOV/17/2024 ENE/15/2025
Pago oportuno	FEB/19/2025
Suspensión	FEB/24/2025
Fecha esperada próxima factura	ABR/11/2025
Fecha y hora de expedición factura	FEB/06/2025 08:40:22
Fecha y hora de generación factura	FEB/06/2025 13:03:48

¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

En este período consumiste menos agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en **Servicios al Ciudadano** y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet

cadena. NIT 800 941 534 0

1283

BOGOTÁ

FORMATO DE INSCRIPCIÓN CPS 492 DE 2024

OBJETO: "Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

INSCRIPCIÓN No. 244

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 244		
	Escuela de formación deportiva en tucha libre	Fortalece tu mente y cuerpo para una mejor calidad de vida
	Escuela de formación deportiva tenis de mesa	El poder de los sabios y sabias
	Somos deportes somos unidos (Fútbol sala, voleibol y patinaje)	X Corriendo sin limites
	Escuelas de formación deportiva en baloncesto y fútbol sala La Esperanza y Muequetá.	Torneo de banquitas
	Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Javier Andres Gómez Ayola			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C.	NÚMERO 1000835454	SEXO M.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cra 65A #94-76			
BARRIO Andes		UPZ		
ERO	Femenino	Masculino	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO		CELULAR 3052326895		

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Participación	☐	Consentimiento Informado y Fotocopia del DI Acudiente (menores de edad)	☐
Certificado de afiliación EPS o SISBEN	☐	Planilla de inscripción según evento	☐

Por medio de la presente declaro que conozco las actividades y condiciones físicas y técnicas en que se desarrollará el proyecto, me inscribo voluntariamente y conociendo mi estado de salud y mis limitaciones físicas me hago responsable de cualquier implicación que se derive.

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN

PUNTO DE INSCRIPCIÓN	FECHA Y HORA EN QUE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN

OBSERVACIONES:

FIRMA: Cenovia Gómez A
CC. 28.853.606

Nombre de quién realiza la inscripción:
Cenovia Gómez Ayola

CONSENTIMIENTO: El arribe firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1284

BOGOTÁ

DGP
DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Yo Cenovia Gomez Ayola, identificado(a) con documento de identidad No. CC 28853606 expedido en Natagaima T., declaro que he sido debida y claramente informado(a), que comprendo y acepto, que durante la participación en las actividades del **CPS N° 492 de 2024** el cual tiene por objeto **"Prestar los servicios operativos, logísticos y técnicos para la organización y desarrollo de las actividades recreodeportivas de la localidad de barrios unidos, en el marco del proyecto 2044 "deporte y recreación para el desarrollo social"**, podrán surgir circunstancias inesperadas, riesgos, imprevistos, inconvenientes y demás eventualidades que se puedan presentar en desarrollo de dichas actividades asociadas al proyecto, los cuales asumo de manera libre y consciente a partir de la suscripción del presente documento, exonerando a la Alcaldía Local de Barrios Unidos y a la empresa Dirección y Gestión de Proyectos S.A.S. de toda responsabilidad de carácter legal por cualquier daño, lesión y/o perjuicio que pudiera sufrir y/o padecer como consecuencia de la ocurrencia de los hechos derivados porla participación en el mencionado certamen, desistiendo de presentar reclamaciones judiciales o extrajudiciales por los mismos.

autorizo para que se haga uso de las fotografías, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro durante el proceso, en consecuencia, entiendo y acepto que se utilizara este material únicamente para los propósitos de la Alcaldía Local de Barrios Unidos, por lo que no presentaré ningún reclamo o solicitud de compensación económica.

Declaro así mismo que me encuentro(a) en condiciones médicas, psicológicas y físicas aptas para participar en las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con el proyecto y me comprometo a notificar de manera clara, oportuna y veraz sobre cualquier novedad que pudiese presentarse.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído y que comprendo perfectamente su contenido se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas ellas que he formulado han sido respondidas y/o explicadas en forma satisfactoria, me comprometo a participar de todas y cada una de las actividades, así como a dar cumplimiento a los reglamentos que se han establecido para la participación de la población. En este orden, manifiesto mi compromiso para participar en las jornadas que se programen en al marco de las actividades para las cuales radico mi inscripción personal.

Comprendiendo estas condiciones expreso mi consentimiento para la participación en el proyecto, incluidas las actividades asociadas, vinculadas y/o relacionadas con este; en constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los días 25 del mes Abril de 2025. Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

cenova Gomez

Firma Dirección: Calle 92 #19 C 91 Apt. 501
Número Celular: 305 232 6895
Correo electrónico: Cenoviaroz22@hotmail.com

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados tiene el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales, a solicitar prueba de este consentimiento, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a los datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. De igual manera entiende que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.