1376

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. 264

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 264		
	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 X
	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	Luisa Mayerli Castro Castro			
NOMBRE IDENTINARIO	Mayerli Castro			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1031804228	SEXO Femenino - Mujer.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cll 131 C # 93 b 04			
BARRIO	Costarica		UPZ El rincón	
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	Yurimichellecastro2015@gmail.com		CELULAR 3118050028	

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

Quirica Castro

FIRMA:
CC. 24099718

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El abajo 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.

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, Cecilia Castro Manrique
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 24099718 expedida en Bogotá D.C en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Luisa Mayerli castro castro CON T.I. No. 1031804228.
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 materiai 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 Cecilia Castro
Dirección: Cll 131C #93 B 04
Número Celular: 3118050028
Correo electrónico: yurimichellecastro2015@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.

1370

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.804.228



Apellidos
CASTRO CASTRO

Nombres
LUISA MAYERLI

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.60	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
06 JUL 2005	B+	

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Fecha de expiración
14 AGO 2033

Firma
Luisa Castro

.CO

025991439

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL025991439815001<<<<<<<<<<
0507060F3308143COL1031804228<8
CASTRO<CASTRO<<LUISA<MAYERLI<<

Correo : Yurimichelle Castro 2015 @ gmail. com

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	1031804228
NOMBRES	LUISA MAYERLI
APELLIDOS	CASTRO CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:33:01	**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.

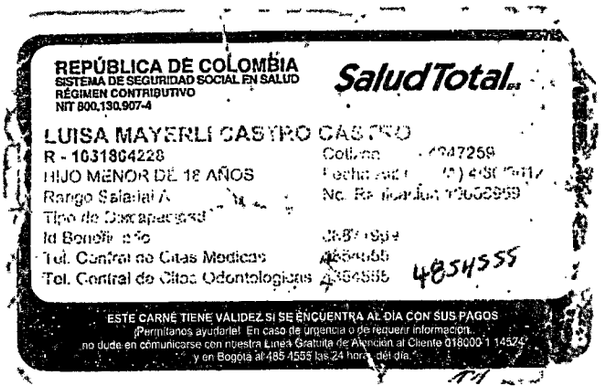
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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

1340



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
NIT 800.130.907-4

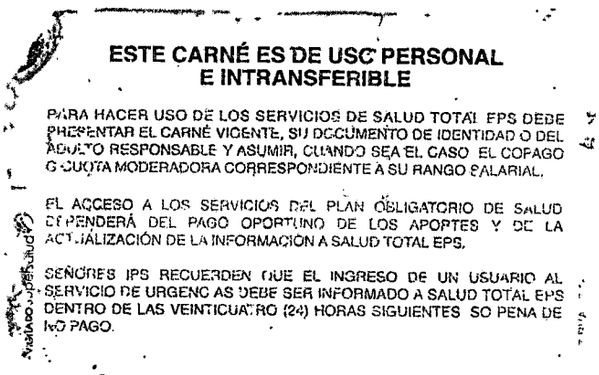
SaludTotal

LUISA MAYERLI CASTRO CASTRO
R - 1031804228
HIJO MENOR DE 18 AÑOS
Rango Salarial A
Tipo de Discapacidad
Id Beneficiario
Tel. Central de Citas Medicas
Tel. Central de Citas Odontologicas 4854555

Colilla
Fecha afil
No. Radicado

ESTE CARNÉ TIENE VALIDEZ SI SE ENCUENTRA AL DIA CON SUS PAGOS
¡Permítanos ayudarle! En caso de urgencia o de requerir información,
no dude en comunicarse con nuestra Línea Gratuita de Atención al Cliente 018000 1 14574
y en Bogotá al 485 4555 las 24 horas del día.

Luisa M.



ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD TOTAL EPS DEBE PRESENTAR EL CARNÉ VIGENTE, SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD O DEL ADULTO RESPONSABLE Y ASUMIR, CUANDO SEA EL CASO EL COPAGO O CUOTA MODERADORA CORRESPONDIENTE A SU RANGO SALARIAL.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEPENDERÁ DEL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES Y DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A SALUD TOTAL EPS.

SEÑORES IPS RECUERDEN QUE EL INGRESO DE UN USUARIO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEBE SER INFORMADO A SALUD TOTAL EPS DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS SIGUIENTES SO PENA DE NO PAGO.

1381

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. 265

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 265		
	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	Merylin Sofia Garcia Galvis			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C	NÚMERO 1.031.540.466	SEXO Femenino.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 86-95A. 16. Apt. 404.			
BARRIO	Bachue		UPZ Minuto de Dios	
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		CELULAR		

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	☐	Certificado de Residencia de la Localidad Emitido por Gobierno	☐
Consentimiento de Partícipación	☐	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: María Graciela Galvis

CC. 41 635 858

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.

1382

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

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

Yo, María Gracela Galvis
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 41635858 expedida en Bogota. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Meylin Sofia García Galvis. CON T.I. No. 1037.540.466.
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.

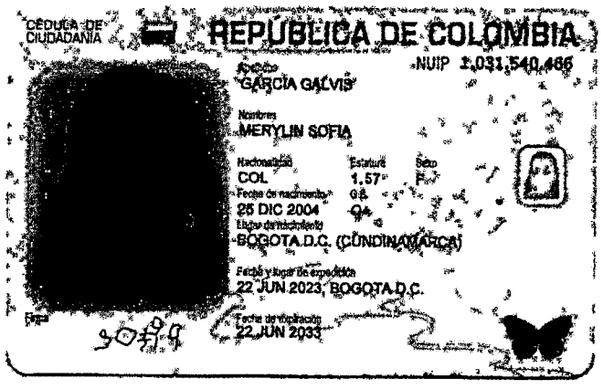
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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 María Gracela Galvis
Dirección: Cll. 86-9A. 16 Apt. 404.
Número Celular: 3023654404
Correo electrónico: galvisgracela085@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.

1383


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.540.466

Apellidos
GARCÍA GALVIS

Nombres
MERYLIN SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1,57

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 DIC 2004

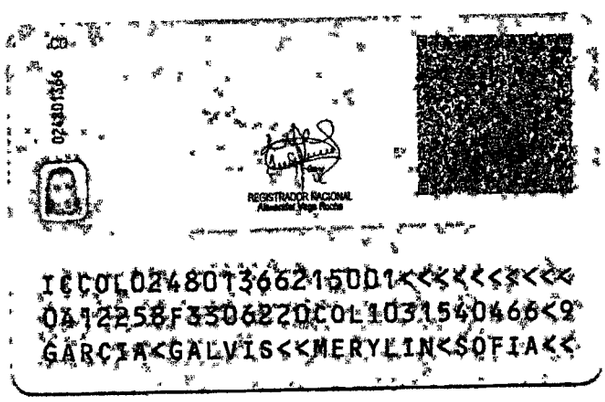
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
22 JUN 2023, BOGOTÁ D.C.

Fecha de vigencia
22 JUN 2033

REGISTRADOR NACIONAL


IDCOL0248013662150D1<<<<<<<<<<<<
0412258F3306220COL1031540466<9
GARCIA<GALVIS<<MERYLIN<SOFIA<<

1384

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	1031540466
NOMBRES	MERYLIN SOFIA
APELLIDOS	GARCIA GALVIS
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	11/09/2012	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/24/2025 09:40:31	**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.

1385

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. 266

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 266		
	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	ANGEL DAVID VELOZA OSPINA			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1'000.335.790	SEXO MASCULINO	
DIRECCIÓN DOMICILIO	CALLE 128C BIS No. 96A91			
BARRIO	RINCON		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	Yudymar130907@hotmail.com		CELULAR 3108801626	

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. 41.406.779

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.

1385

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, FANNY OSPINA
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 41.406.779 expedida en BOGOTÁ en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) ANGEL DAVID VELOZA OSPINA CON T.I. No. 1'000.335.790.
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

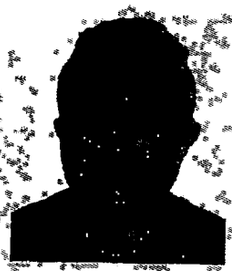
Firma
Dirección: CALLE 128C BIS No. 96A 91
Número Celular: 3108801626
Correo electrónico: yudymar130907@hotmail.com

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.

1387

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.335.790
VELOZA OSPINA
APELLIDOS
ANGEL DAVID
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAY-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01241319-M-1000335790-20210624 0074737827A 1 6502039603

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	1000335790
NOMBRES	ANGEL DAVID
APELLIDOS	VELOZA OSPINA
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	13/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:36:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

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

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

1389



CERTIFICA

Que el usuario ANGEL DAVID VELOZA OSPINA con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.1000335790 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, ficha sisben 3784452, desde 13 de abril de 2015, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 1 de diciembre de 2024a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

1398

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del BENEFICIARIO	
CC 1007604244 MANUEL ALEJANDRO PEÑARANDA CHAVES	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**01/08/2019**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 1 de Septiembre de 2021 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

1399

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. 269

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 269		
	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	Juan Camilo Martinez Chaparro			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO TI	NÚMERO 1013006576	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cl 143a #111-72			
BARRIO	lombardia	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	juamcas@gmail.com	CELULAR 3015664203		

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

Andrea Chaparro

FIRMA:
CC. 52 351 772

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.

1400

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN & GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

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

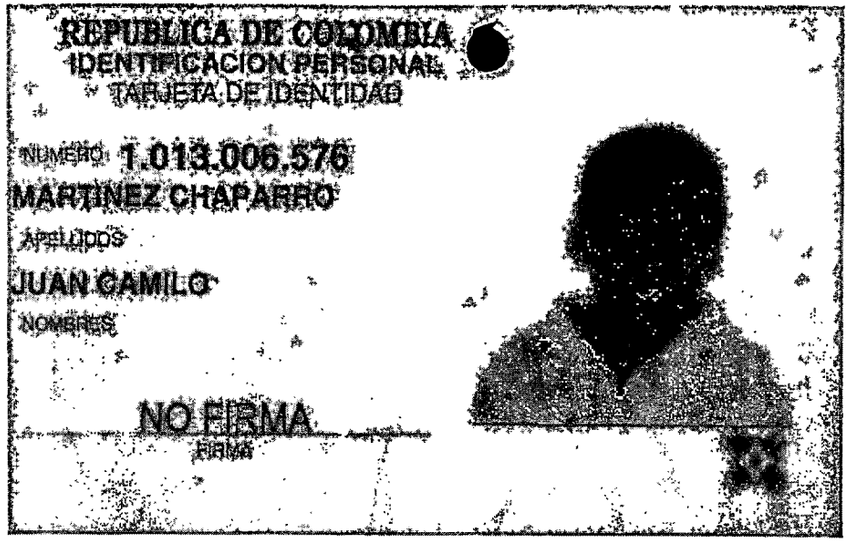
Yo, Andrea Orduño
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52.351.772. expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Juan Camilo Martinez CON T.I. No. 1013006576.
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a en el **Contrato 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 Andrea Orduño
Dirección: Calle 143A # 111-72.
Número Celular: 3015664203
Correo electrónico: juamcas@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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.013.006.576
MARTINEZ CHAPARRO
APELLIDOS
JUAN CAMILO
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA

Powered by CamScanner

1402

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52351772
CHABARRO APARICIO
APELLIDOS
ANDREA ROXANA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-FEB-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01318514-F-0052351772-20220914 0085238164A 1 8505284927

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	1013006576
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	MARTINEZ CHAPARRO
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	11/07/2007	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:42:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 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.

[redacted]

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

Solicitud Carné POS

Aliansalud eps

JUAN CAMILO MARTINEZ CHAPARRO
Contrato No.
CC- 00079982266
Identificación
TI- 01013006576
Fecha de afiliación
11/07/2007

Tipo de afiliado
BENEFICIARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Sistema General de Seguridad Social en Salud

1. Este carné es personal e intransferible
2. Preséntelo cada vez que solicite algun servicio a traves del P.O.S, junto con su documento de identificacion
3. Recuerde que Usted es atendido a través de su I.P.S. de Capitación escogida al momento de la afiliación
4. En caso de Urgencia comuniquese con ASISTENCIA asi Bogota 7568000,Cali 4868600, Barranquilla 3677080, Medellin 4937004 y resto del pais 01 8000 123703
5. En caso de hurto o extravio de este carné, el usuario será responsable d elos servicios prestados a través de éste, hasta tanto no haya notificado por escrito a Aliansalud

NOTA: Para mayor duracion del carné se recomienda su plastificación.

Vigilado Superintendencia Nacional de Salud
Res 0960 Dic.26/94

Regresar **Imprimir**

1405

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. 270

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
270	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	Brayan Yair Contreras Barrera.			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO cc	NÚMERO 1001118447	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	calle 128B 92-63			
BARRIO Rincon	Rincon suba	UPZ 28		
GÉNERO	Femenino	Masculino X	Transexual	No binario
ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Prefiero No Responder
GRUPO POBLACIONAL	Habitantes De Calle X	Víctima del conflicto	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	contrerasmalambolusalvaro@gmail.com		CELULAR 3188309067	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

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

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

OBSERVACIONES:

FIRMA:
CC. Luis Alvaro Contreras Malambo cc 1187773

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.

1406

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, Luis alvaro Contreras Malambo
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1118773773 expedida en Bogotá D.C. en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Brayan Yair Contreras Barrera CON T.I. No. 100111 84717
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 Luis Alvaro Contreras M.
Dirección: calle 128 B 92-63
Número Celular: 3108309067
Correo electrónico: contrerasmalamboluisalvaro@gmail.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.

1407

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.118.447
CONTRERAS BARRERA

APELLIDOS
BRAYAN YAIR

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01246448-M-1001118447-20210726 0075022818A 1 8502192274



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 :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1001118447
NOMBRES	BRAYAN YAIR
APELLIDOS	CONTRERAS BARRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S	CONTRIBUTIVO	26/05/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 02/20/2025 19:57:20 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones

Se muestra una copia sin conexión de esta página
Volver a cargar

140

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. 271

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 271		
	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	Orlando Andres Cumaco Colo			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1001270743	SEXO: masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cr81c #45-13 sur			
BARRIO	Gran Britalia - localidad Kennedy		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	anacolatapiero02@gmail.com		CELULAR 3123129435	

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: Ana Lina Colo
CC. 65788 631

Nombre de quién realiza la inscripción: Ana Lina Colo.

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.

1410

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

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

Yo, Ana Liria Colo Tapiero
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 65788631 expedida en Natagaima/Tolima en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Orlando Andres Cumaco Colo CON T.I. No. 1001270743.
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 Ana Liria
Dirección: Cra1C #45-13 Sur
Número Celular: 3123129935
Correo electrónico: anacolotapiero02@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.

1413

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. 272

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 272		
	☐ 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	Stefania Botero Mora		
NOMBRE IDENTINARIO	Stefania		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1000.380.089 Bta	SEXO: Femenino
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cll 71B N°87-13		
BARRIO	ZARZAMORA	UPZ	

GENERO	Femenino X	Masculino	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	PatriciaMoraaa@061@gmail.com	CELULAR	3017304443

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

Patricia Mora Reyes

FIRMA:
CC. 51 675 471 Bta

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.

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, Patricia Mora
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51675471 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Stefania Botero Mora CON T.I. No. 1000380089 B+

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 Patricia Mora. R
Dirección: calle 71B #87-13
Número Celular: 301 730 4443
Correo electrónico: PatriciaHoraaa0611@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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.380.089
BOTERO MORA
APELLIDOS
DANIELA ESTEFANIA
NOMBRES



Daniela

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.40 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01220397-F-1000380089-20210304 0073649902A 1 8501553567

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	1000380089
NOMBRES	DANIELA ESTEFANIA
APELLIDOS	BOTERO MORA
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	26/11/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:43:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

9417

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
RÉGIMEN SUBSIDIADO
NIT 900.298.372-9
CÓDIGO: EPSS34

capitalsalud eps-s

DANIELA ESTEFANIA BOTERO MORA
TI 1000380089 Sexo: F Fecha Nac.:02/04/2002
Doc Cabeza Familia:TI 1000380089 Contrato No : 72515-11001
Fecha de afiliación: 25/11/2014 Valido hasta: Indefinido
Copago: NO Disc:N Nivel: 1 No ficha sisben:4636431 - 1
BOGOTA BOGOTA-CL 71 A 87 13 Zona: U
Localidad 10 Dir.: CL 71 A 87 13 ZARZAMORA
IPS Medica: HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL 2913300
IPS Odontologica: HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL 2913300
brigetteqn 45091620151102 34728516

1418

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. 273

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 273		
	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	Julu Caterin Aldana Carvajal			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C	NÚMERO 1031802224	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 89 # 156-75			
BARRIO	Tuna alta		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	cursosbalmonica883@gmail.com		CELULAR 3118130805	

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	☐

Con este acto 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: Katherine
CC. 35500662

Nombre de quién realiza la inscripción:
Katherine Garzon C.

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.

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, Katia Maria garzon Carvajal
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 35500662 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Jula Caterin Aldana Carvajal CON T.I. No. 1031802224.
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.

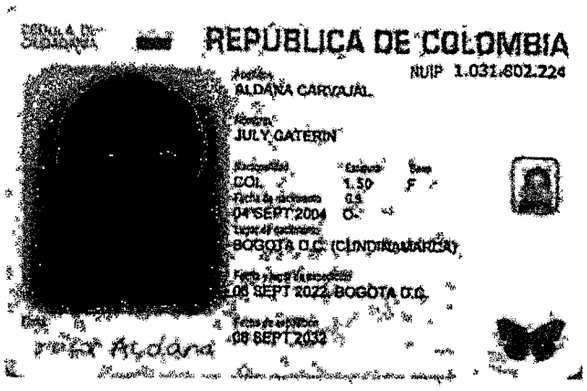
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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: carrera 89 #156-75
Número Celular: 3118138855
Correo electrónico: Carvajalmonica888@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.

1420



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.602.224

ALDANA CARVAJAL

JULY CATERIN

COL 1.50 F

04 SEPT 2004

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

08 SEPT 2022 BOGOTA D.C.

08 SEPT 2032

00343394G

ICCOL00343594001500l<<<<<<<<<<
0409049F3209088COL1031802224<<4
ALDANA<CARVAJAL<<JULY<CATERIN<

1421

SaludTotal.

BOGOTA, Febrero 23 de 2025

Señora:
ALDANA CARVAJAL ANGELICA MARIA
CC. 1019148770
CR 109 A 135 A 14 - 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 Octubre 23 de 2024. 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
ALDANA CARVAJAL ANGELICA MARIA	1019148770	C	Oct-23-2024	12	28	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALDANA CARVAJAL JULY CATERIN	1031802224	C	Oct-23-2024	12	28	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CLINICA NEUROREHABILITAR LTDA	1019148770	Dependiente	CERRADO
CLINICA NEUROREHABILITAR LTDA	1019148770	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

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

14122

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. 274

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 274		
	[ ] 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 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	Sergio Andres Lozano Soto.			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1031650453	SEXO Masculino.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cr 103F bis #140A-22			
BARRIO	El Poa		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	lozano.SergioAndres.142@gmail.com		CELULAR 3203806901.	

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

Karoll Soto.

FIRMA:
CC. 53067142.

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción: Karoll V. Soto Puentes

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.

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, Karoll Viviana Soto Puentes
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 53067142 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Sergio Andres Lozano Soto CON T.I. No. CC.1031650453.
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 Karoll Soto
Dirección: Cr 103F Bis #140A-22
Número Celular: 3203806901
Correo electrónico: Karollsam95@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.

1424



DÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.650.453

Apellidos
LOZANO SOTO

Nombres
SERGIO ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

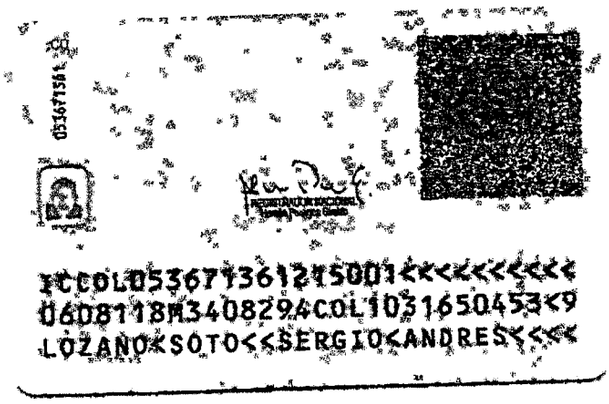
Fecha de nacimiento
11 AGO 2008

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 AGO 2024 BOGOTA D.C.

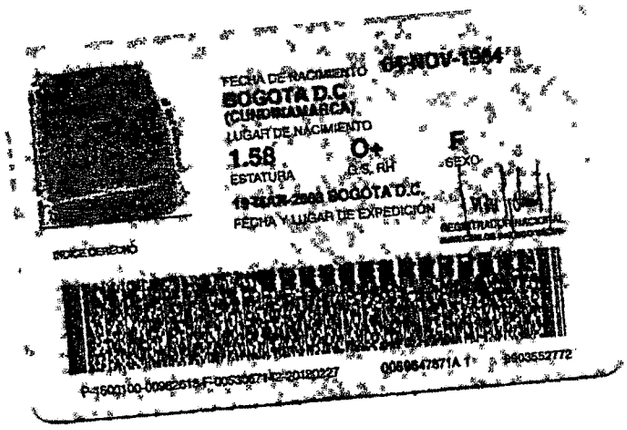
Fecha de vencimiento
29 AGO 2034

Firma



IDCOL053671361215001<<<<<<<<<<<
0608118M3408294COL1031650453<9
LOZANO<SOTO<<SERGIO<ANDRES<<<<


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 53.067.142
SOTO PUENTES
APELLIDOS
KAROL VIVIANA
NOMBRES
IDENTIDAD COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
13-MAR-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
0089647871A 1 9803552772

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	1031650453
NOMBRES	SERGIO ANDRES
APELLIDOS	LOZANO SOTO
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	01/08/2018	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:44:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 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.

[redacted]

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

1427

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **SERGIO ANDRES LOZANO SOTO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1031650453** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031650453
NOMBRES Y APELLIDOS	SERGIO ANDRES LOZANO SOTO
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	HIJO(A)
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	326
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **19/02/2025**

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

1428

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. 275

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES: 275

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	Daniel Enrique Contreras Rodríguez			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: C.C	NÚMERO: 1023162768	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 8c # 92-72- casa 258			
BARRIO: Ciudad Tintal	Ciudad Tintal	UPZ: Kennedy		
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	alcira rodriguez 121269@gmail.com		CELULAR: 313 205 8020	

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: Daniel R
CC. 1.020.816.201

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.

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, Carmen Alcira Rodríguez Bohórquez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 51.846.301 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Daniel Enrique Contreras R CON T.I. No. C.C. 1023162768
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.

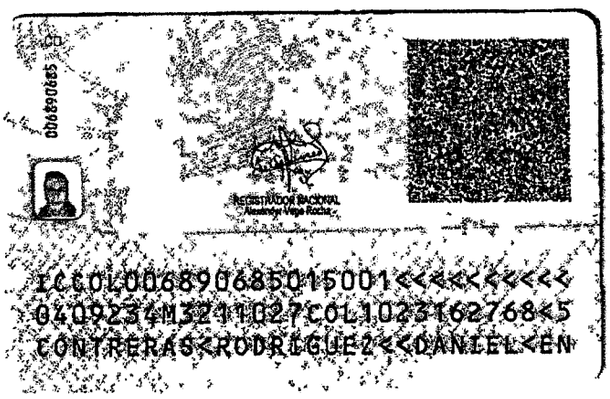
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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 C.M.R/R
Dirección: Cll 8c # 92-72 casa 258
Número Celular: 313 205 8020
Correo electrónico: alcirarodriguez121264@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.


CEDULA DE CIUDADANIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.023.162.768
Apellidos
CONTRERAS RODRIGUEZ
Nombres
DANIEL ENRIQUE
Nacionalidad
COL
Estatura
1.72
Sexo
M
Fecha de nacimiento
23 SEPT 2004
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
02 NOV 2022, BOGOTA D.C.
Fecha de vencimiento
02 NOV 2032
Firma


COL
1006890685
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
IDCOL1006890685015001<<<<<<<<<<<
0409234M3211027COL1023162768<5
CONTRERAS<RODRIGUEZ<<DANIEL<EN

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LIZETH MOLANO VELASCO	Medicina	CC-1030570685
YENNSY LISBETH DIAZ LINARES	Fisioterapia	CC-1032373424
SANDRA PATRICIA PEREIRA JOVEN	Psicología	CC-55160951

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

11/04/2023
SERVICIO AL USUARIO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DANIEL	ENRIQUE	CONTRERAS	RODRIGUEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X				

Número de documento de identidad: 1023162768

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
CAFAM

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	4	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
860013570

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	90.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b117.3 b160.2 b760.3
2. Codigos Estructuras Corporales
s110.378
3. Codigos Actividades y Participación
d155.2 d879.4 d910.4

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	1023162768
NOMBRES	DANIEL ENRIQUE
APELLIDOS	CONTRERAS 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	01/12/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:46:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.846.301

RODRIGUEZ BOTIQUEZ

APELLIDOS

CARMEN ALCIRA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-MAR-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00033001-F-0051846301-20090729 0001577771A 1 1210026350

1434

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. 276

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES: 276

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	Charick Natalia Gomez Suarez			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC.	NÚMERO: 1074857490	SEXO: Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	calle 56 # 369 - 56			
BARRIO	Nicolas de Federman	UPZ: Teusaquillo		
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	KFFpedagogia@gmail.com	CELULAR: 3167619340		

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]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. 74377209

OBSERVACIONES:

Nombre de quién realiza la inscripción:

CONSENTIMIENTO: El scribe 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.

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, Gabriel Guevara Morales
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 74.327.209 expedida en Boleta Boyacá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Charick Natalia Gomez Suarez CON T.I. No. 1014857490.
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:
Número Celular:
Correo electrónico: gabriel.guevara@icbf.gov.co

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.

1436

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.857.490



GOMEZ SUAREZ

CHARICK NATALIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento G.S.
02 OCT 2004 O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
07 OCT 2022, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
07 OCT 2032

.CO

006218069

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL006218069815001<<<<<<<<<<
0410025F3210075COL1014857490<4
GOMEZ<SUAREZ<<CHARICK<NATALIA<

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	1014857490
NOMBRES	CHARICK NATALIA
APELLIDOS	GOMEZ SUAREZ
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	09/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/24/2025 12:09:11	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

1438

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. 277

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES		
277	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	Andres Camilo Posso Ordoñez			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO Cedula	NÚMERO 1028940035	SEXO Masculino.	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 125C # 136-84			
BARRIO	La Gaitana		UPZ Tibabuyes.	
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	Diana13211102014@Gmail.com.		CELULAR 3214685568	

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: CC. Camilo Posso Ordoñez cc: 1028940035

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.

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, Diana Marcela Ordoñez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1019011203 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Andrej Camilo Rozo Ordoñez CON T.I. No. 1028940035.
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.

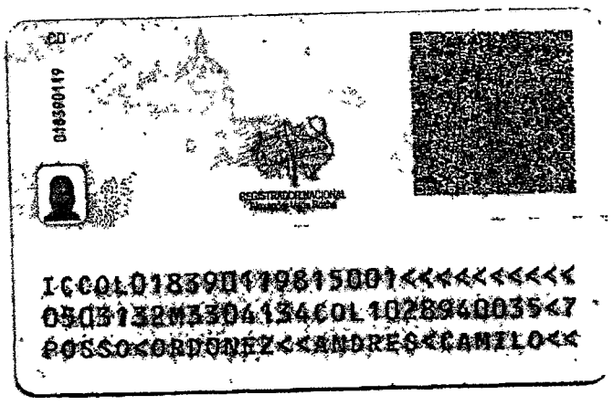
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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).

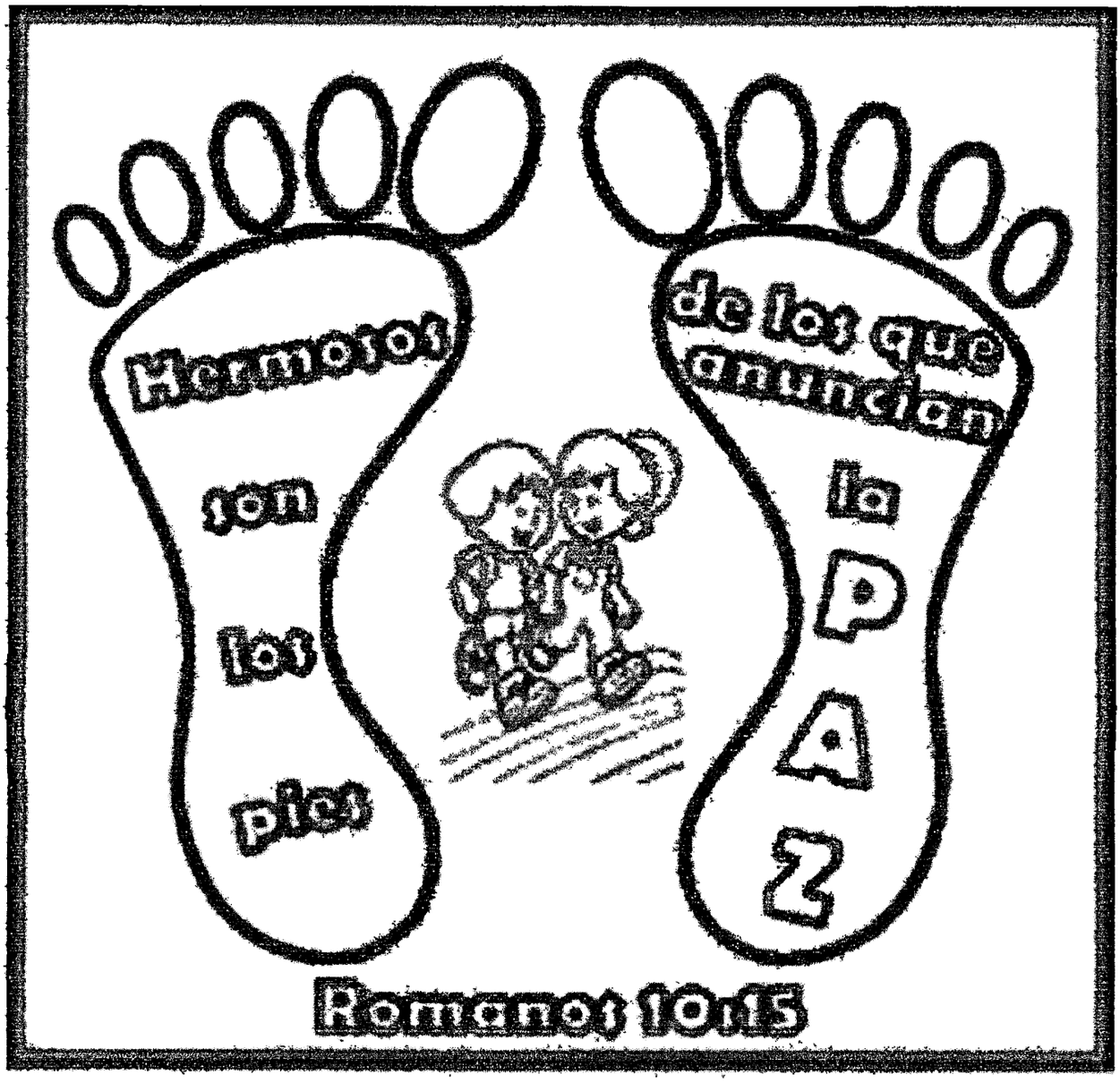
Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria DOY EL CONSENTIMIENTO

Firma
Dirección: Carrera 125c #136 -84
Número Celular: 3214682568
Correo electrónico: dianita13210 2014@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.


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.028.940.035
Apellidos
POSSO ORDOÑEZ
Nombres
CAMILO ANDRES
Nacionalidad
COL
Sexo
M
Fecha de nacimiento
13 MAR 2005
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
12 ABR 2023 BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
13 ABR 2033


CO
0183900119
REGISTRADURIA NACIONAL
I<COL0183900119815001<<<<<<<<<<<
0503132M3304134COL1028940035<7
POSSO<ORDONEZ<<ANDRES<CAMILO<<


Hermosos
son
los
pies
de los que
anuncian
la
PAZ
Romanos 10:15

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	1028940035
NOMBRES	ANDRES CAMILO
APELLIDOS	POSSO ORDOÑEZ
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	05/05/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 14:49:50	**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

1442

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES CAMILO POSSO ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1028940035 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	03/11/2014
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 23 días del mes febrero del 2025.

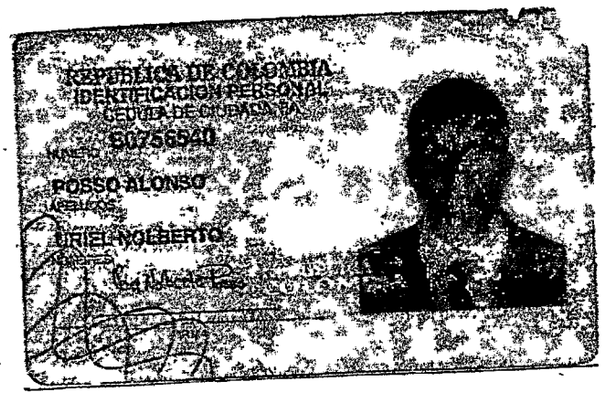
La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

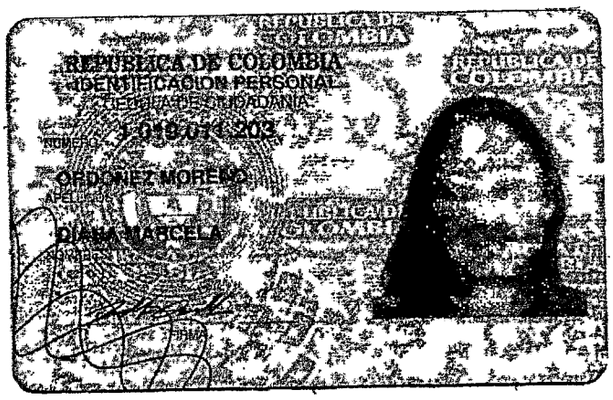
Observaciones:

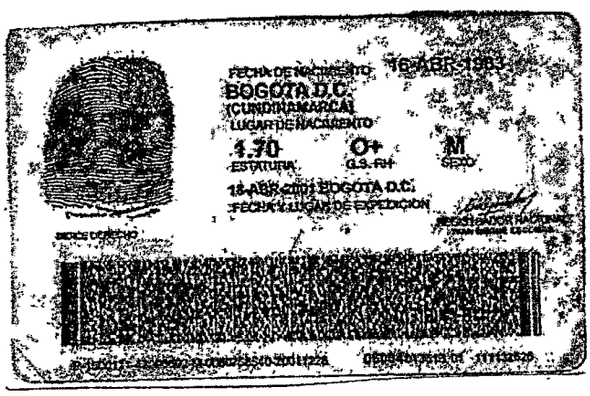
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

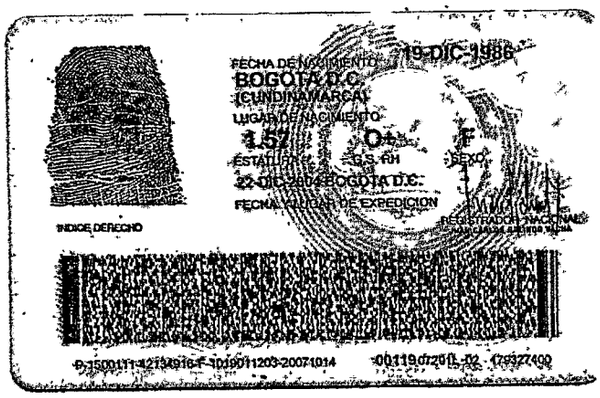
Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80756940
POSSO ALONSO
URIEL NOLBERTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.018.074.203
ORDOÑEZ MORENO
DIANA MARCELA


FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1983
BOGOTA D.C.
CUNDINAMARCA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1986
BOGOTA D.C.
CUNDINAMARCA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
22-DIC-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Formato acta de visita

compensar | eps

Información General

1. Nombre de la empresa	2. Número de Nit
Apple Colombia SAS	900736182G
3. Nombre del Contacto	**4. Teléfono**
Diego Reyes	3105513505
5. Tipo de actividad: Capacitación ☐ Asistencial ☒	**6. Nombre del proveedor**
	Compensar
7. Facilitador Diana Marcela Ordoñez Moreno	

8. Fecha			9. Hora Inicial	Hora Final
Dia 25	Mes 06	Año 24	9am	4:00pm

10. Objetivo de la reunión

darle un espacio seguro y confortable a todos los colaboradores de la oficina Para dar bienestar y Salud a todo el que se realizara el Masaje que tiene una Duracion de 15 min c/u

11. Observaciones

El evento fue exitoso. Los Trabajadores estuvieron muy satisfechos con la actividad

12. Compromisos

- Mantener un area de la actividad segura y limpia
- Dar el Servicio de bienestar durante 15 min

Diego Reyes Jiménez
13. Nombre Representante de la Empresa

Diana Marcela Ordoñez
14. Nombre Representante EPS

Compensar EPS-Entidad Promotora de Salud
VIGILADO Supersalud
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR
VIGILADO
FOR-GSE-002

1444

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. 278

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 278		
	☐ 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	Ivon astrid Avendaño mier			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO 1095907386	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Cra 89a 45a 38 Sur			
BARRIO	Margaritas 1		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 X	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom
CORREO ELECTRONICO	mertosmira@gmail.com		CELULAR 3213348169	

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

Rosmira mier Alcocer

FIRMA:
CC. 23151427

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.

BOGOTÁ

DGP DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE PROYECTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

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

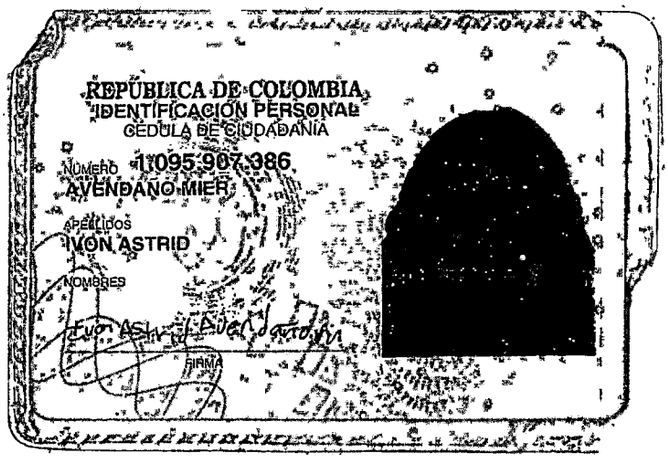
Yo, Rosmira miey Alcocer
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 23151407 expedida en Simiti Bolivar en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Ivan estid Avendaño mie CON T.I. No: 7095907386
Manifiesto que he sido informado(a) de las condiciones de participación de mi hijo/a 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.

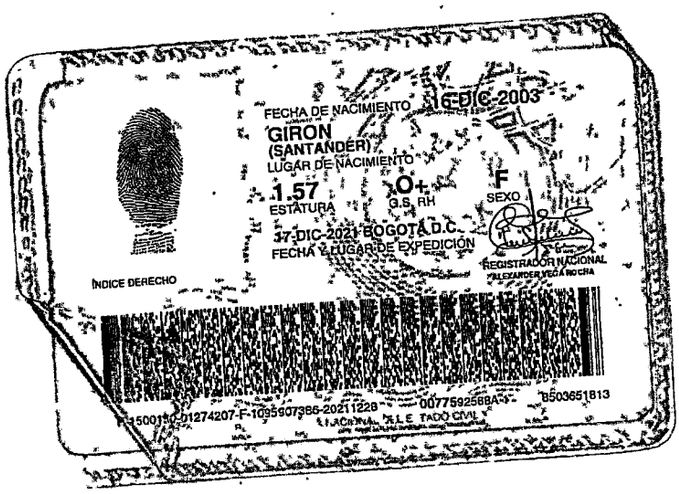
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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 Rosmira miey Alcocer
Dirección: cra 89a 45g 88 sur
Número Celular: 3213381869
Correo electrónico: mieyrosmira@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.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1095907386
AVENDAÑO MIER
APELLIDOS
VON ASTRID
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 6-DIC-2003
GIRON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
37-DIC-2021 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA MOCHA
INDICE DERECHO
0077592588A
B503651813
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Eps: Capital Salud

1467

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	1095907386
NOMBRES	IVON ASTRID
APELLIDOS	AVENDAÑO MIER
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	01/03/2010	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:50:40	**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".

1448

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. 279

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 279		
	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	Santiago Santoyo Sarmiento			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 1028861817	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Calle 79 #28-49			
BARRIO	Santa Sofia		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	Sarmientomendozamarcela@gmail.com		CELULAR 3229035298	

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 [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

FIRMA:
CC. 52537099

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 usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

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, Giovanna Marcela Sarmiento.
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52537049 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Santiago Santoyo CON T.I. No CC 1028861817.
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 79 # 28-49
Número Celular: 3229035298
Correo electrónico: sarmientomendozamarcela@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.

1450


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.661.817

SANTOYO SARMIENTO

SANTIAGO

COL 1.75 M

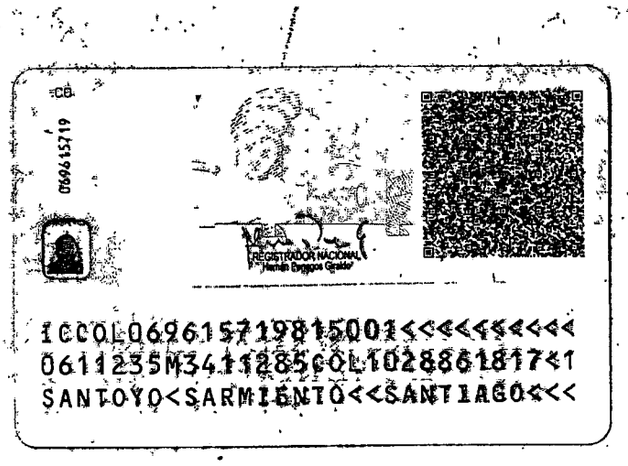
21 NOV 2006 O+

BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

28 NOV 2024 BOGOTÁ D.C.

28 NOV 2034

SANTIAGO S


0696157190

REGISTRADOR NACIONAL

I<COL0696157190<<<<<<<<<<<<
0611235M3411285COL1028661817<1
SANTOYO<SARMIENTO<<SANTIAGO<<<

eps: famisanar (cafam)

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	1028861817
NOMBRES	SANTIAGO
APELLIDOS	SANTOYO SARMIENTO
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	23/11/2006	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:22:50	**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**,

1452

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. 280

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES: 280

☐ 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	Carlos manuel mercado Perez 1192795973			
NOMBRE IDENTINARIO	cc. 1192795973 P			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1192795973	SEXO: masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 159 # 136 f 69			
BARRIO	villa cindy		UPZ: localidad 11 descbe	
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	mercadaleli0040@gmail.com		CELULAR: 3209191784	

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

Rebeka Perez

FIRMA:
CC. 52081461

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 este 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.

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, Rubiela Perez Quintero
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 52081461 expedida en Santafe de Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Carlos manuel mercado CON T.I. No. 1192795923
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 Rubiela Perez
Dirección: Cra 159 # 136 f69
Número Celular: 3209191784
Correo electrónico: mercadolelio040@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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.795.973
MONCADA PEREZ
APELLIDOS
CARLOS MANUEL
NOMBRES



Manuel Moncada
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-SEP-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P:1600150-0109964-M-1192795973-20190927 006787-1583A-E 521-16089

Eps. Salud total.

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	1192795973
NOMBRES	CARLOS MANUEL
APELLIDOS	MONCADA PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:51:39	**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".

1456

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. 281

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 281		
	☐ 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	Miguel Ángel Vargas Forero			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C.	NÚMERO 1033098897	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	Carrera 94 F No. 88A33			
BARRIO	Quirigua		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	miangel250306@gmail.com		CELULAR 3143171127	

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: Miranda Forero
CC. 39'533.652 de Bta.

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.

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, Yolanda Forero Penzón
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 39533652 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Miguel Angel Vargas Forero CON T.I. No. C.C 1033988897.
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.

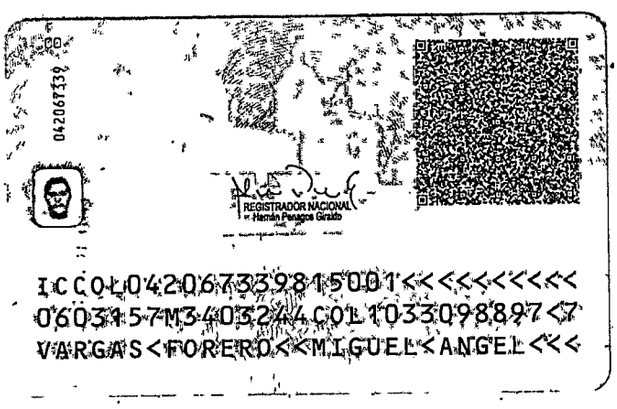
Conozco y entiendo las normas que regulan las actividades recreativas, deportivas y/o culturales que realizará mi representado/a y estoy plenamente conforme con las mismas, admitiendo el direccionamiento y orientación durante los procesos de formación deportiva de niños, niñas y jóvenes de la localidad 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: Cra. 94F No. 88A33
Número Celular: 3143177127
Correo electrónico: Miangel150306@gmail.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.





EPS → Capital Salud.

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033098897
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	VARGAS FORERO
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." -CM	CONTRIBUTIVO	27/10/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:33:22	**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".

148

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. 282

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 282		
	☐ 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 sablas
	☐ 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	Diego Ailey Campos Castañeda			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1028783173	SEXO: Masculino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	calle 111 sur # 80 84 este			
BARRIO	portal del divino	UPZ		
GÉNERO	Femenino	Masculino P	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	luisenri c11@gmail.com	CELULAR: 320 3277174		

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: Diego Campos Castañeda
CC. 1028783174

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.

1483

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, Lusenl Castaneda
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 1022941994 expedida en _____ en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Diego Arley Campos CON T.I. No. cc 1028783173
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 Lusenl Castañeda
Dirección: calle 118 sur # 80 84 este
Número Celular: 320 327 7174
Correo electrónico: lusenlc11@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.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.028.783.173

Apellidos
CAMPOS CASTAÑEDA

Nombres
DIEGO ARLEY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	M

Fecha de nacimiento
23 FEB 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

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

Fecha de expiración
17 MAR 2034

Firma
Diego campos

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	1028783173
NOMBRES	DIEGO ARLEY
APELLIDOS	CAMPOS CASTAÑEDA
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 -CM	SUBSIDIADO	01/10/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:34:39	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**,

1486

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. 283

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 283		
	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	DUVAN ARBEY CONTRERAS REYES			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO C.C	NÚMERO 1000272020	SEXO MASCULINO	
DIRECCIÓN DOMICILIO	CLL 130 A BIS #89-15			
BARRIO	SUBA RINCON		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	Dora1970Reyes@Gmail.com		CELULAR 3132648969	

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

Para Reyes

FIRMA:
CC. 79.597768

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.

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, María dora ines Vanegas Reyes
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 28197763 expedida en Bucaramanga Santander en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Juan Asbey Cantillo Reyes CON T.I. No. 1000272020.
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 Dora Reyes
Dirección: Calle 130A Bis #89-10
Número Celular: 3132698969
Correo electrónico: dora1970reyes@yahoo.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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.272.020
CONTRERAS REYES

APELLIDOS
DUVAN ARBEY

NOMBRES
Duvan Contreras

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-2003
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAY-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01246448-M-1000272020-20210726 0075021219A 1 8502113238

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	1000272020
NOMBRES	DUVAN ARBEY
APELLIDOS	CONTRERAS REYES
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	07/03/2008	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:36:03	**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".

1490

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. 284

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 284

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 Muéquetá.	Torneo de banquitas
Curso básico de ajedrez	Vacaciones recreativas

NOMBRES Y APELLIDOS	Valentina Galeano Figueroa		
NOMBRE IDENTINARIO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO: CC	NÚMERO: 1063279423	SEXO: Femenino
DIRECCIÓN DOMICILIO	cr 78 G Bis N° 49 B sur 52		
BARRIO	catalina	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 X	Persona ASP	Migrante
GRUPO ETNICO	Negro(a)	Afrodescendiente	Afrocolombiano/a	Indígena
	Palenquero(a)	Raizal	Gitano(a)	Rrom

CORREO ELECTRONICO	cha4021201000@hotmail.com	CELULAR	3124051138

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:

Sandra Figueroa Martinez.

FIRMA:

CC. 50948012

Nombre de quién realiza la inscripción: Sandra Figueroa

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.

1491

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, Sandra Patricia Figueroa Martinez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 50948012 expedida en Montelibano - Cordoba con condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Valentina Galeano F CON T.I. No. cc: 1063279423
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 Sandra Figueroa M.
Dirección: Cr 78 BIS N° 49B Sur 52
Número Celular: 3124051138
Correo electrónico: chay02120@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.

1492

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.063.279.423



Apellidos
GALEANO FIGUEROA

Nombres
VALENTINA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.52

Sexo
F

Fecha de nacimiento
10 JUL 2005

G+

Lugar de nacimiento
MONTELIBANO (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
27 JUL 2023, BOGOTA D.C.

Firma
valentina galeano

Fecha de expiración
27 JUL 2033

IDC
0282084307

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0282083074150O1<<<<<<<<<<
0507107F3307272COL1063279423<2
GALEANO<FIGUEROA<<VALENTINA<<<

1493

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	1063279423
NOMBRES	VALENTINA
APELLIDOS	GALEANO FIGUEROA
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	COOSALUD EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/12/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:37:50	**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

1494

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. 285

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 285		
	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 X
	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	Brigith Rocio gomez Rosero			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO CC	NÚMERO 10.33.690477	SEXO Femenino	
DIRECCIÓN DOMICILIO	cll 71 J sur #27 N 45			
BARRIO	Paraiso		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	Rosy.Rosero@Hotmail.com.co		CELULAR 3203975498	

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. 52083493

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 usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno.

1495

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, Rosa Aurora Rosero Hernandez
mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 53083483 expedida en Bogotá en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Brigith Rocio Gomez Rosero CON T.I. No. 1033690477.
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 - Rosa A. R. H.
Dirección: - cll 71 J sur #27N51
Número Celular:
Correo electrónico: Rosa Rosero@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.

1496

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.033.690.477

Apellidos
GOMEZ ROSERO

Nombres
BRIGITH ROCIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.66	F

Fecha de nacimiento: 18 SEPT 2005 G.S. O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
12 OCT 2023, BOGOTA D.C.

Firma
B. R. G. Roseio

Fecha de expiración
12 OCT 2033

.CO

032765197

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL032765197415001<<<<<<<<<<
0509189F3310126COL1033690477<9
GOMEZ<ROSERO<<BRIGITH<ROCIO<<<

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	1033690477
NOMBRES	BRIGITH ROCIO
APELLIDOS	GOMEZ ROSERO
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	01/09/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:39:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

1498

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. 286

DATOS GENERALES

ACTIVIDAD DE INTERES 286		
	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	Joan Mauricio Reina Pulido			
NOMBRE IDENTINARIO				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO cc	NÚMERO 1000219059	SEXO Masculino	
DIRECCIÓN DÓMICILIO	Calle 2 # 93D 30 Int 4 Apto 203			
BARRIO	Tierra Buena Localidad Kennedy		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	Luis.e1958@hotmail.com		CELULAR 3194261752	

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Fotocopia de Documento de Identidad	X	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 Famisanar	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 [illegible]as 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. 1936050?

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.

1499

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, Luis Enrique Pulido, mayor de edad, identificado(a) con C.C. No. 19860507 expedida en Bogota en condición de representantes legales o acudiente del niño(a) Juan Mauricio Rêma Pulido CON T.I. No. 1000219059. 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 2 #93D 30 INT 4 Apto 203
Número Celular: 3194261752
Correo electrónico: Luis-e1958@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.

1500

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.000.219.059**

REINA PULIDO
APELLIDOS

JOAN MAURICIO
NOMBRES

Joan Mauricio
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-2002**

BOGOTA.D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01227090-M-1000219059-20210413 0074063145A 3 8501603352

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	1000219059
NOMBRES	JOAN MAURICIO
APELLIDOS	REINA PULIDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2025	31/12/2999	ADICIONAL

Fecha de Impresión:	05/06/2025 09:40:02	**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".