CONSENTIMIENTO INFORMADO

De conformidad con el Decreto reglamentario 1377 de 2013 de la Ley 1581 de 2012,

Yo: Estefani luna orozco **mayor de edad identificado(a) con cédula de Ciudadanía Número:** 1193090060 **de:** Ibague **con número celular:** 3118123014 **, correo electrónico:** lunastefani401@gmail.com **y con dirección de residencia:** Ctr 20A sur 10-99 colinas del sur **en el municipio:** Ibagué **del departamento:** Tolima **en mi calidad de representante legal (Padre, Madre, Tutor, Curador) del (la) participante menor de edad con nombre:** Giselle sofia Perez luna. **identificado(a) con Documento de Identidad Número:** 1105477782 .

por medio del presente consentimiento autorizo a:

1. **Participar al menor de edad como participante en** CLAVADOS **en cumplimiento de la norma reglamentaria.**

2. **Confirmó que el menor de edad está lo suficientemente saludable para participar en** CLAVADOS igualmente comprendo que la participación requiere la realización de habilidades físicas, técnicas en donde puede haber riesgo de lesión, por lo cual declaro que estoy de acuerdo en que INDEPORTES TOLIMA no se considerarárresponsable de alguna lesión que el menor de edad pueda experimentar durante la grabación del video.

3. Autorizar el tratamiento de datos personales, imágenes y videos del menor de edad en su participación en CLAVADOS, por lo cual manifiesto que el niño, niña o adolescente fue informado, escuchado y entendió lo que significa el manejo de sus datos en la participación en el programa, cumplimiento los siguientes criterios: (I) que la finalidad del tratamiento responde al interés superior de los niños, niñas y adolescentes; (II) que se asegure el respeto de sus derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, (III) de acuerdo con la madurez del niño, niña o adolescente se tenga en cuenta su opinión y (IV) que se cumpla con los principios previstos en la Ley 1581 de 2012 para el tratamiento de datos personales.

4. Autorizar la publicación de información, datos, videos e imágenes del menor de edad en medios de comunicación, redes sociales, así como en la página web de INDEPORTES TOLIMA promover (los derechos

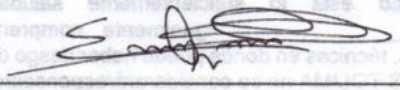
de imágenes en _____CLAVADOS_____, son propiedad de INDEPORTES TOLIMA).

5. En caso de lesión, accidente o urgencia médica, doy mi consentimiento para que realicen los procedimientos necesarios en aras de proteger la integridad física y de salud del deportista.
6. Comprendo que debo cumplir con los requerimientos hechos por Indeportes Tolima como proveer la suficiente documentación para la participación.

En caso de que el deportista menor de edad participante tenga alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para la participación del menor deberá ser escrito a continuación:

NO APLICA

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en totalidad el presente documento y estoy en acuerdo con la participación del menor de edad:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA:		
NOMBRE COMPLETO:	Estefany Julieth Luna Orozco	
NÚMERO C.C.	1193090060	

Elaboro:	Reviso/Aprobó:	Observaciones y/o Ajustes:
Líder del proceso	Comité De Calidad	Se implementa el SIGC

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1105477782

Indicativo Serial 57532990

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9560

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	LUNA

Nombre(s)

GISELLE SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUN Día 04	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	-15144147-8

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LUNA OROZCO ESTEPHANY JHULIET

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
T.I 1193090060 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ PRECIADO JHONATAN ESTIVEN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1005690841 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ PRECIADO JHONATAN ESTIVEN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1005690841 de IBAGUE	JHONATAN PEREZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes JUN Día 11	BLADIMIRO MOLINA VERGEL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JHONATAN PEREZ Firma	BLADIMIRO MOLINA VERGEL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1105477782
NOMBRES	GISELLE SOFIA
APELLIDOS	PEREZ LUNA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

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	25/06/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/02/2026 19:25:48	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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