EVIDENCIA 1

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Astrid Viviana Parra Lopez, identificado con el cedula de ciudadanía No. 53014545 expedida en Bogotá actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Luciana Alejandra Perez P identificado con la tarjeta de identidad No. 1032494306 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa EPS Sanitas.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Viviana Parra al teléfono 3153849823, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Luciana Perez
Firma

NOMBRE: Luciana Alejandra Perez Parra

No. Documento de Identidad 1032494306

Teléfono: 3153849823

Correo Electrónico: vivis1807@hotmail.com

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Viviana Parra
Firma

NOMBRE: Astrid Viviana Parra López

No. Documento de Identidad 53014545

Teléfono: 3153849823

Correo Electrónico: vivis1807@hotmail.com

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que **Luciana Alejandra Perez Parra** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIFICACION** número **1032494306**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1032494306
NOMBRES Y APELLIDOS	Luciana Alejandra Perez Parra
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	28/10/2015
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	11/07/2016
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	220 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	11/07/2016
NIVEL SISBEN	No aplica

11/02/2026

Generado por avparra

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.032.494.306
PEREZ PARRA
APELLIDOS
LUCIANA ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-OCT-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
12-OCT-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-01305103-F-1032494306-20231115
0137204785A 1
8509817447

Polisu
507
J.T

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: 11/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo Angelica Rodriguez V. identificada con el CC. No. 1012924293 expedido en **Bogotá** actuando como madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Salomé Murillo Rodriguez identificado con documento 1233497705 expedido en **Bogotá**

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono, teléfono: 3112251139 y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Firma

NOMBRE:
Salome Murillo Rodrigue

No. Documento de Identidad
1233492709

Teléfono:
601 - 4670936

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Firma

NOMBRE:
Angelica Rodriguez V.

No. Documento de Identidad
1012429293

Teléfono:
3112251139

Correo Electrónico:
angelicarvilbeil@gmail.com

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Salome Murillo Rodriguez, identificado(a) con TI número 1233652704, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1233652704
NOMBRES Y APELLIDOS	Salome Murillo Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	18/12/2015
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	8 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 – Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	8 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	8 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	23/08/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 12/03/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.233.492.701
MURILLO RODRIGUEZ

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES

Salome Murillo





19-DIC-2015

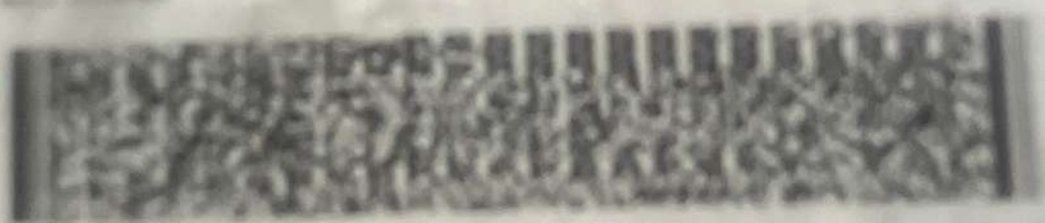
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-DIC-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

19-ENE-2033 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



CONSENTIMIENTOINFORMADOPAR... Aa

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: _PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Cindy Paola Dajome Araque, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1022366682 expedida en Bogota actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Valeria Angela Dajome identificado con la tarjeta de identidad No. 1012947985 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel

CONSENTIMIENTOINFORMADOPAR... Aa

nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad		Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
[illegible] Angelo 1012993985 3176900518		Cindy Dayana 1022366182 3176900518 [illegible]
Firma		Firma
NOMBRE:		NOMBRE:
[illegible] Angelo		Cindy Dayana
No. Documento de Identidad		No. Documento de Identidad
1012993985		1022366182
Teléfono:		Teléfono:
3176900518		3176900518
Correo Electrónico:		Correo Electrónico:
[illegible]		

05 10 folios

3

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1012447985
NOMBRES	NALLOBY
APELLIDOS	ANGULO DAJOME
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/12/2026 16:41:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.022.366.682

DAJOME ARARATH

APELLIDOS

CINDI PAOLA

NOMBRES



Cindi Paola D.A

FIRMA

05-JUL-1990

FECHA DE NACIMIENTO

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-FEB-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

[illegible]

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono , teléfono: y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Firma	Firma
NOMBRE: Bonexy Nelly Beltran Lopez B	NOMBRE: Yurlisi Briceño Cerrero
No. Documento de Identidad 6120189	No. Documento de Identidad 49044876
Teléfono: 3217468829	Teléfono: 3217468829
	Correo Electrónico: briceñovanessa66@gmail.com

Porras

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6120189
NOMBRES	RONEXY NELLYBELK
APELLIDOS	LOPEZ BRICEÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/09/2026 16:26:43	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

—Porras





—Porras

Porras
501
J.T

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Angie Milena Beinal, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1.010.178.072 expedida en Bogotá actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Sofia Serna Beinal identificado con la tarjeta de identidad No. 1.206.219.066 expedida en Facatativa, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales.

BOGOTÁ

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Ángie Milena Bernal al teléfono 3112243382, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Sofia serna bernal
Firma

NOMBRE: Sofia Serna Bernal

No. Documento de Identidad 1106219066

Teléfono: 3112243382 - 3102313445

Correo Electrónico: bernalgonzalezangiemilena@gmail.com

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Firma

NOMBRE: Angie Milena Bernal Gonzalez

No. Documento de Identidad 1.010.178.032

Teléfono: 3112243382 otro: 3169558818

Correo Electrónico: bernalgonzalezangiemilena@gmail.com

FOLIENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EL

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1206219066
NOMBRES	SOFIA
APELLIDOS	SERNA BERNAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	31/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/12/2026 10:54:25	**Estación de origen:**	2800:486:1487:6300:55e0:ae65:85bd:987

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

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

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

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

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.206.219.066
SERNA BERNAL
APELLIDOS
SOFIA
NOMBRES
Sofia Bernal
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-2014
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
29-ABR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
19-MAY-2021 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
FIRMA AUTORIDAD

903 JM
Porras

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: **16/02/2026**

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL PORRAS

Yo Rocío Saavedra identificada con cedula de ciudadanía No. **53132812** expedida en **Bogotá** actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor María José Orjuela Saavedra identificado con la tarjeta de identidad No. 1025153646 expedida en **Bogotá**, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizaparticipantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Rocio Saavedra al teléfono 3219950715, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Valery Nicol moreno Firma	Yuli Rodriguez Firma
NOMBRE: Valery Nicol moreno rodriguez	NOMBRE: Yuli Alejandra Rodriguez
No. Documento de Identidad 1146128531	No. Documento de Identidad CC1012402931
Teléfono: 3224663127	Teléfono: 3213939576
Correo Electrónico:	Correo Electrónico: Juli_alejandra08@hotmail.com

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VALERY NICOLL MORENO RODRIGUEZ identificado(a) con TI. 1146128531 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/04/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E - HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY**
Categoría:	**A**

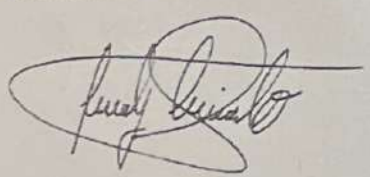
La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de 02 del año 2026.

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.

Porras

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.146.128.531
MORENO RODRIGUEZ

APELLIDOS
VALERY NICOLL

NOMBRES

VALERY NICOLL

FIRMA

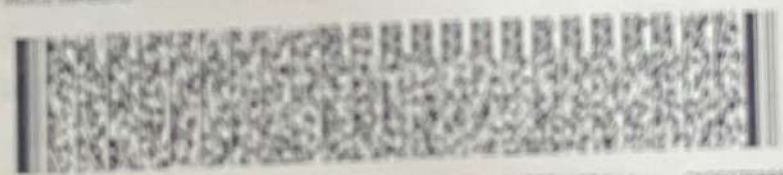




FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
08-FEB-2030 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
05-MAR-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



Porras.
501 JM

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: 16 02 2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Adriana Lizeth Poloche Loaiza, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1000939293 expedida en Bogotá actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Karen Sofia Gutierrez Poloche identificado con la tarjeta de identidad No. 1012441879 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

[illegible]

IDENTIFICACIÓN	
NOMBRES	KAREN SOFIA
APELLIDOS	GUTIERREZ POLOCHE
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
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
	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA				

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.012.441.879
GUTIERREZ POLOCHE

APELLIDOS

KAREN SOFIA

NOMBRES

Karen Gutierrez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-MAR-2033 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

06-ABR-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P:1500150-01293929 F:1012441879 20220504 0079004773A 2 8504483548

Porras 501 JM

~~[illegible]~~ 501 JM

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Yuri Alexandra Monroy G., identificado con el cedula de ciudadanía No. 53966208 expedida en Bogóta actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor ANGEL david Barrero Monroy identificado con la tarjeta de identidad No. 1012450485 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas



de Sanitas (EPS) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la entidad

_____

12. Este consentimiento autoriza tomar todo el tiempo en que el asistente participe de programas de [illegible] y deberá ser actualizado cuando se modifique el tratamiento de la alergia o [illegible] de salud cambie.
13. En caso de emergencia, acudir al EPS a atender a la persona de contacto [illegible] al teléfono [illegible], y hay no consentimiento a trasladar al menor a un centro médico [illegible]

POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el EPS en el siguiente enlace: [illegible]

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento. Entiendo, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, sello y mi nombre como representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia/ Acompañante/ Representante legal
Firma	Firma
NOMBRE: Angel david Barrios [illegible]	NOMBRE: [illegible]
No. Documento de Identidad: 1017450485	No. Documento de Identidad: [illegible]
Teléfono: 3205182302	Teléfono: 3205182302
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012450485
NOMBRES	ANGEL DAVID
APELLIDOS	BARRERO MONROY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	11/02/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/15/2026 13:43:52	**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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.012.450.485
BARRERO MONROY
APELLIDOS
ANGEL DAVID
NOMBRES

Angel Barrero M
FIRMA



11-FEB-2016
BOGOTA D.C.
11-FEB-2024 .9+. .M

503
SM
Pola
Tulua
EPS

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Jackeline Merchan martinez, identificado con el cedula de ciudadanía No. 52602652 expedida en Pacho Cundinamarca actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Ahaia Saphie identificado, con la tarjeta de identidad No. 1.011.237.997 expedida en Bogota D.C, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

Porras 503 JM

503 JM

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Jackeline Hernandez al teléfono 3202482077, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

_____
Firma

NOMBRE: Anaia Sophie Rodriguez H

No. Documento de Identidad 1011.237.997

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

_____
Firma

NOMBRE: Jackeline Hernandez H

No. Documento de Identidad 52602652

Teléfono: 3202482077

Correo Electrónico: Jackelinehrch24@gmail.com





Pomas 503 JM
Falta EPS T.I

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

503 J.M

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

Fecha de diligenciamiento: COMFAMA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Elda Mina, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1062116260 expedida en Padilla cauca actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Daroyn Camacho Mina identificado con la tarjeta de identidad No. 1116134619 expedida en Bogota, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa EPS Sura.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Elda Mina al teléfono 3137111995, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
D. Camacho	E. Mina
Firma	**Firma**
NOMBRE: Dorotyn Camacho	**NOMBRE:** Elda Mina
No. Documento de Identidad 1146136619	**No. Documento de Identidad** 1060416260
Teléfono: 321856 1141	**Teléfono:** 3137111995
Correo Electrónico: minalucumie@gmail.com	**Correo Electrónico:** minalucumie@gmail.com

503 JM

Porras
503 JM

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____. 403

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Angie Pastrana al teléfono 3158307150, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
Salome chavarro pastrana **Firma**	Angie M. Pastrana Garcia **Firma**
NOMBRE: Salome chavarro pastrana	**NOMBRE:** Angie Marcela Pastrana Garcia cc 1079181374
No. Documento de Identidad 1141350980	**No. Documento de Identidad** 1079181374
Teléfono: 3158307150 - 3223305628	**Teléfono:** 3158307150.
Correo Electrónico: fernando_santana7@hotmail.com	**Correo Electrónico:** pastrana.garcia.angie07@hotmail.com.

[illegible]

JM

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.141.350.980**
CHAVARRO PASTRANA

APELLIDOS
SALOME

NOMBRES

salome chavarro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
28-AGO-2033 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
20-DIC-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADURÍA NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01336603-F-1141350980-20221227 0093276602A 1 8506672411

Dialeshka.marial.e.Arends. 503.JM

Porras 503 JM

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

6. Declaro que el menor goza de buena salud, se encuentra física y mentalmente apto/a para participar en las actividades señaladas, y no presenta ninguna contraindicación médica o psicológica para el desarrollo de la actividad. Certifico que he informado al IDRD sobre cualquier condición médica relevante (alergias, enfermedades, lesiones previas, condición de discapacidad, etc.) que pudiera afectar su participación. Certifico que, en caso de requerir medicación, el menor de edad la ha tomado según la indicación médica
7. Autorizo al personal del IDRD, o cualquier personal autorizado, a brindar primeros auxilios o realizar gestiones médicas en caso de emergencia, conforme a las necesidades del menor de edad. Entendemos y aceptamos, en caso de ser necesario, la prestación de primeros auxilios (primer respondiente) o el cuidado médico ofrecido por paramédicos, médicos, enfermeras, personal de soporte o de apoyo, y por los funcionarios y/o contratistas del IDRD, ya sea a solicitud propia (explicita) o a criterio del personal de asistencia (implícita). Reconocemos que dicho personal no es responsable por el resultado del tratamiento ofrecido, siempre que actúe conforme a los estándares de diligencia exigidos, y que este auxilio es meramente temporal y circunstancial durante el desarrollo de la actividad.
8. Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca la recolección, almacenamiento, tratamiento, análisis, circulación y uso de los datos personales y/o sensibles del niño, niña o adolescente participante, exclusivamente con fines investigativos, por parte del IDRD, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia. La información será manejada con estrictos principios de confidencialidad, y los datos podrán ser anonimizados para proteger la identidad, salvo autorización expresa.
9. Por medio del presente, autorizo al IDRD para el uso de mi imagen y/o la de mi hijo/a menor de edad, mediante fotografías, videos, entrevistas y/o testimonios capturados durante actividades, eventos o proyectos organizados por el IDRD, para difusión en medios institucionales, redes sociales y cualquier otro canal de difusión no comercial, con fines informativos, educativos o de promoción de las actividades del Instituto. Esta autorización incluye reproducción, comunicación pública, distribución y cualquier tipo de difusión, sin compensación económica y sin limitación territorial ni temporal.
10. Esta autorización se extiende de forma específica para actividades masivas, eventos que involucren condiciones especiales de riesgo —como actividades en altura, campeonatos o torneos— y cualquier otra acción que implique difusión pública a través de medios institucionales, plataformas digitales, redes sociales, aplicativos electrónicos u otros canales de comunicación masiva, presentes o futuros.
11. Reconozco que puedo retirar al menor de la actividad en cualquier momento, previa comunicación a los organizadores. Certifico que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y que el menor está afiliado y activo en una Entidad Administradora de Plan de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____
12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono, _____ y doy mi teléfono: _____

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	6671963
NOMBRES	DIALESHKA MARIALE
APELLIDOS	ARENDS 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	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/02/2026 18:02:30	**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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6671963

COL

APELLIDOS
ARENDS CASTRO

NOMBRES
DIALESHKA MARIALE

NACIONALIDAD
VEN

SEXO
F

DOC. NUIP
3122014235

FECHA DE NACIMIENTO
03-12-2014

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
16-07-2022 BOGOTA D.C.

FECHA DE VENCIMIENTO
30-05-2031



VISIBLES

NO FIRMA

FIRMA

E1047109

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6671963<<8<<<<<<<<<<<<<<<
1412037F3105308VENE1047109<<<8
ARENDS<CASTRO<<DIALESHKA<MARIA

Sol JM
Parras

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

acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor

Fecha de diligenciamiento: 08/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo Ludy Bejarano identificada con el cedula de ciudadanía No. 1073606939 expedida en **Bogotá** actuando como padre/ madre, de Anderson Espinoza identificado con **NUIP** No. 1076666639 expedido en **Bogotá**, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono , teléfono: y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Firma	Firma
NOMBRE: Anderson Espinosa Bejarano	NOMBRE: Ludy Bejarano Pachón
No. Documento de Identidad 1076666689	No. Documento de Identidad 1070306939
Teléfono:	Teléfono: 3126053722 - 3112822798
	Correo Electrónico: ludyesmeraldabejaranopachon@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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1076666639
NOMBRES	ANDERSON SEBASTIAN
APELLIDOS	ESPINOSA BEJARANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	COGUA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	27/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/09/2026 10:05:16	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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

[redacted]

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1222210215
NOMBRES	DILAN SEBASTIAN
APELLIDOS	GONZALEZ OVALLE
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	01/04/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/12/2026 08:36:38	**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".

Porras

Falta la mitad del consentimie

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.222.210.215**
GONZALEZ OVALLE
APELLIDOS
DILAN SEBASTIAN
NOMBRES

Dilan González
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-2015**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-JUL-2033 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
19-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01308475-M-1222210215-20220720 0080176494A 1 8505180232

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

Acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor

Fecha de diligenciamiento: 11/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: _PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo darlis Vanessa usuga rojas con el cedula d No. 1152465229 expedida Medellín en actuando como padre/ madre Nayarith celeste usuga rojas, decon **NUIidentificado** 1020124319 **Bogotá**, mano

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.

2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.

3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o

Datos del menor de edad		Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Firma		Firma
NOMBRE:		NOMBRE:
No. Documento de Identidad		No. Documento de Identidad
Teléfono:		Teléfono:
		Correo electrónico

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) CARLOS ALBERTO SANCHEZ RODRIGUEZ identificado con CC 1064722941 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2020

IPS Cotizante: BIENESTAR IPS SEDE GRAN PLAZA BOSA

Categoría: A

Estado: ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
NAYARIT CELESTE USUGA ROJAS	TI 1020124319	BIENESTAR IPS SEDE GRAN PLAZA BOSA	BENEFICIARIO	01/03/2023	ACTIVO
ANGEL ALBERTO USUGA ROJAS	TI 1137728075	BIENESTAR IPS SEDE GRAN PLAZA BOSA	BENEFICIARIO	01/03/2023	ACTIVO
DARLY VANESSA USUGA ROJAS	CC 1152465229	BIENESTAR IPS SEDE GRAN PLAZA BOSA	BENEFICIARIO	01/03/2023	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 31 días del mes de enero del año 2026.

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

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CamScanner

Pruebas 501 JM. V B


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.020.124.319
USUGA ROJAS
APELLIDOS
NAYARIT CELESTE
NOMBRES
Nayarit Usuga
FIRMA

501


FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-2013
MEDELLIN
ANTIOQUIA
LUGAR DE NACIMIENTO
19-JUL-2033
O+
F
SEXO
ESTATURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SU' JM Padres

BOGOTÁ

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

Fecha de diligenciamiento: **16/02/2026**

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo **JHON HARVEY CASTRO LOZANO**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **80158664** expedida en **Bogotá D.C.**, actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador de la menor **SARA SOFIA CASTRO ORDOÑEZ** identificada con la tarjeta de identidad No. **1025076230** expedida en **Bogotá D.C.**, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizaparticipantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.

Escaneado con CamScanner

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto **JENNYFER ANDREA ORDÓÑEZ JIMÉNEZ** al teléfono **314 2929225**, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Firma

NOMBRE:
Sara Sofia Castro Ordóñez

No. Documento de Identidad
1025076230

Teléfono:
N/A

Correo Electrónico:
Sara.castro230@educacionbogota.edu.co

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Firma

NOMBRE:
Jhon Harvey Castro Lozano

No. Documento de Identidad
80158664

Teléfono:
315 678772 – 315 2574645

Correo Electrónico:
kastrojhon@gmail.com

E.P.S.Sanitas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Sara Sofia Castro Ordoñez, identificado(a) con TI número 1025078255, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1025078255
NOMBRES Y APELLIDOS	Sara Sofia Castro Ordoñez
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hija(A)
FECHA DE NACIMIENTO	28/01/2019
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	26 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	52+ semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	26 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/07/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

16/02/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.025.076.230**

CASTRO ORDOÑEZ
APELLIDOS

SARA SOFIA
NOMBRES

Sara castro
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-2016**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

28-ENE-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-FEB-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01347136-F-1025076230-20230314 **0101**552352A 2 8507282786

Potro 1
SM
501

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Claudia patricia pinto Calos, identificado con el cedula de ciudadanía No. 52766912 expedida en Bogotá, actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor 1141339198 isabela Alonso identificado con la tarjeta de identidad No. 1141339198 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa Ep Sanitas.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Claudia pinto al teléfono 3112806849, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Isabela Alfonso Pinto
Firma

NOMBRE: Isabela Alfonso Pinto

No. Documento de Identidad
1141351598

Teléfono:
3112806849

Correo Electrónico:
claudiapatriciapintoacha9.

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Claudia pinto
Firma

NOMBRE: Claudia patricia pinto

No. Documento de Identidad
52766912

Teléfono:
3112806849

Correo Electrónico:
claudiapatriciapintoacha9.

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1141351598
NOMBRES	ISABELA
APELLIDOS	ALFONSO PINTO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	12/10/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/17/2026 07:03:42	**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**,



Portal
JM
501

BOGOTÁ

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

Fecha de diligenciamiento:

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Ana Calle identificado con el cedula de ciudadanía No. 1020793012 expedida en Vía Zalgar actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Mariana Marín Calle identificado con la tarjeta de identidad No. 1049029962 expedida en Bogotá manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Ana Lasso al teléfono 3213011150 y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
mariana marin **Firma**	Ana Lasso **Firma**
NOMBRE: Mariana marin lasso	**NOMBRE:** Ana Lasso
No. Documento de Identidad 1049029962	**No. Documento de Identidad** 1001445012
Teléfono:	**Teléfono:** 3213011150
Correo Electrónico:	**Correo Electrónico:** Lassoana751@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	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1049029962
NOMBRES	GISELL MARIANA
APELLIDOS	MARIN LASSO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/16/2026 19:15:15	**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.





Portal 507 JM

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: 19/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, ANGIE CAROLINA MARIN GONZALEZ, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1018458818 expedida en BOGOTÁ actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor STEPHANIE PEDRAZA MARIN identificado con la tarjeta de identidad No. 1012444688 expedida en BOGOTÁ, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa _____.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Carolina Marin al teléfono 3123200348, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Carolina Marin G.	Evelyn Stharrell Pedraza Marin
Firma	Firma
NOMBRE: Carolina Marin Gonzalez	NOMBRE: Stharrell Pedraza Marin.
No. Documento de Identidad 1018458816	No. Documento de Identidad 1012414688
Teléfono: 3123200348	Teléfono: 3209939696
Correo Electrónico: Caro.2293m@hotmail.com	Correo Electrónico:

BOGOTÁ

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

Fecha de diligenciamiento: 19 02 2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Angie Carolina Marin Gonzalez, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1018456816 expedida en Bogotá actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Shannell Melissa Marin identificado con la tarjeta de identidad No. 1017444688 expedida en Bogotá, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terr[illegible], sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los ries[illegible]e alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como c[illegible] controlable que se pueda presentar en el transcurso de

[illegible] está expuesto al realizar la actividad, participación, [illegible]ría, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y [illegible]pleadas de toda responsabilidad civil, penal o [illegible] en la actividad, siempre y cuando dichas

[illegible] DEPORTE Y LA RECREACIÓN V.2



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.012.444.688
PEDRAZA MARIN

APELLIDOS
EVELYN SHANNELL

NOMBRES
Shannell Pedraza

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

11-JUN-2033 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

28-OCT-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P-1500150-01326423-F-1012444688-20221031 0088250700A 1 8508178043

Portal
JM
503

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: **16/02/2026**

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo Rocío Saavedra identificada con cedula de ciudadanía No. **53132812** expedida en **Bogotá** actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor María José Orjuela Saavedra identificado con la tarjeta de identidad No. 1025153646 expedida en **Bogotá**, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizaparticipantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Rocio Saavedra al teléfono 3219950715, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Valentina Escamilla Caballero Firma	Firma
NOMBRE: Valentina Escamilla C.	NOMBRE: Julio A. Escamilla Q.
No. Documento de Identidad 1115730876	No. Documento de Identidad 72.251.727
Teléfono: 3135822716	Teléfono: 3008368739
Correo Electrónico: julio.escamilla1@hotmail.com	Correo Electrónico: julio.escamilla1@hotmail.com

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 **VALENTINA ESCOBILLA CEBALLOS** identificado(a) con **TARJETA DE IDENTIDAD** número 1145933898 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1145933898
NOMBRES Y APELLIDOS	VALENTINA ESCOBILLA CEBALLOS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	49
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	50

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 02/02/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.145.930.896

ESCAMILLA CEBALLOS

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

Valentina E.

FIRMA



401 Porras 401 JM1

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, DAMARIS NATALI GAMZON SANCHEZ, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1024472604 expedida en BOGOTÁ actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor LIZETH VALENTINA PRIETO identificado con la tarjeta de identidad No. 1222156883 expedida en BOGOTÁ, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa CAFAM FAMISANAR.

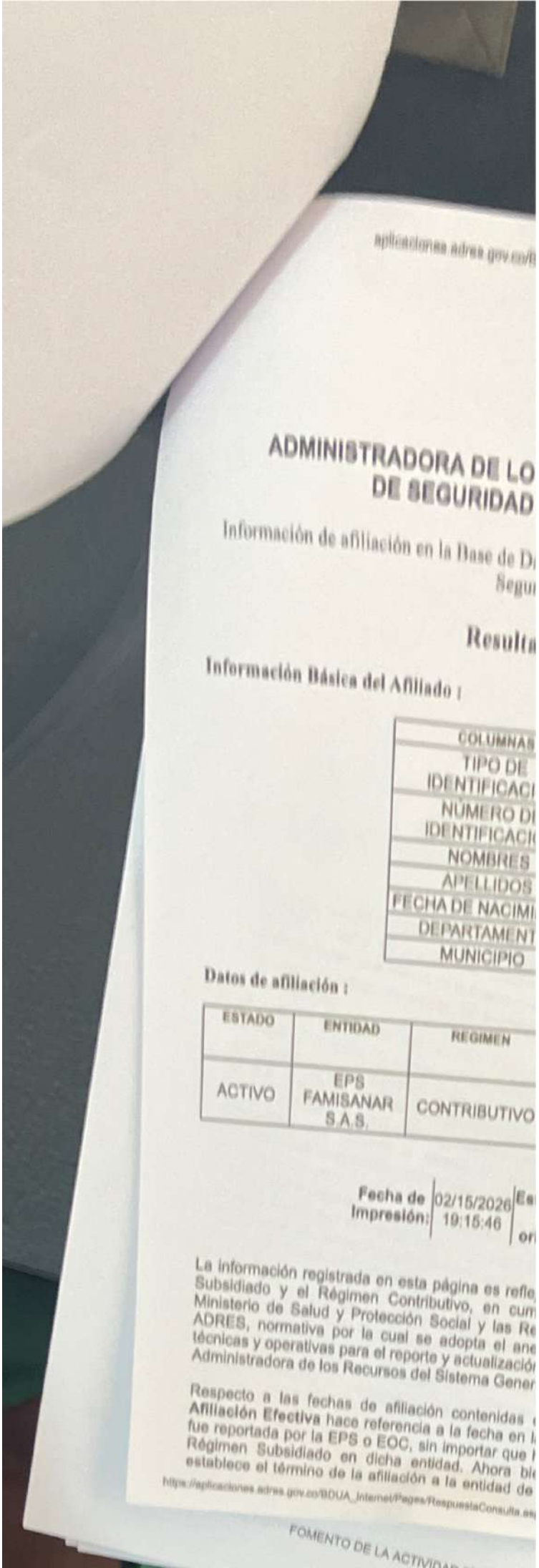
12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto DAMARIS SARZÓN al teléfono 3003771225, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
UZETH VALENTINA PRISTO G.	DAMARIS SARZÓN
Firma	**Firma**
NOMBRE: UZETH VALENTINA PRISTO G.	**NOMBRE:** DAMARIS NATALI SARZÓN SANCHEZ
No. Documento de Identidad 1122215683	**No. Documento de Identidad** 1024472504
Teléfono: 3124888811-3003771225	**Teléfono:** 3003771225
Correo Electrónico:	**Correo Electrónico:** damagbit@G.mail.com



aplicaciones.adres.gov.co/B

ADMINISTRADORA DE LO
DE SEGURIDAD

Información de afiliación en la Base de D
Segu

Resulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS
TIPO DE IDENTIFICACI
NÚMERO DE IDENTIFICACI
NOMBRES
APELLIDOS
FECHA DE NACIMI
DEPARTAMENT
MUNICIPIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO

Fecha de Impresión:	02/15/2026 19:15:46	**Es** **or**

La información registrada en esta página es refle
Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cum
Ministerio de Salud y Protección Social y las Re
ADRES, normativa por la cual se adopta el ane
técnicas y operativas para el reporte y actualizació
Administradora de los Recursos del Sistema Gener

Respecto a las fechas de afiliación contenidas
Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en l
fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que
Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bi
establece el término de la afiliación a la entidad de


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.223.215.883
PRIETO GARZON
LIZETH VALENTINA
Lizeth Prieto


BOGOTÁ D.C.
20-MAR-2035
A+
F

401 JM Porras

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento:

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Danna Hadit Leal Marroso, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1022436452 expedida en Bogota actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Evelyn Daniela Rodriguez Leal identificado con la tarjeta de identidad No. 1025154697 expedida en Bogota, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

BOGOTÁ

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa EPS Sanitas

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su afiliación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Michael Rodriguez al teléfono 3058407769, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal
Evelyn Daniela Rodriguez Leal Firma	Danna Leal Firma
NOMBRE: Evelyn Daniela Rodriguez Leal	NOMBRE: Danna Hadit Leal Nasrallo
No. Documento de Identidad: TI 1025154 697	No. Documento de Identidad: CC 1022986452
Teléfono: 3004678196 - 3058407769	Teléfono: 300 4678196
Correo Electrónico: Haditmos@gmail.com	Correo Electrónico: Haditmos@gmail.com

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

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

CERTIFICA

Que Evelyn Daniela Rodriguez Leal, identificado(a) con TI número 1025154697, *está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:*

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1025154697
NOMBRES Y APELLIDOS	Evelyn Daniela Rodriguez Leal
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	06/07/2017
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	16 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	14/08/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	167 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/08/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR/ES/*	

Generado por interfaces

12/02/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.025.154.697
RODRIGUEZ LEAL

APELLIDOS
EVELYN DANIELA

NOMBRES
Daniela

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-2017
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-JUL-2035 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S RH SEXO
08-NOV-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

F-1500150-01477306-F-1025154697-20241119 0142765086A 1 8513497566

JM
401
Porros

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Sandra Patricia Gonzalez Ramos, identificado con el cedula de ciudadanía No. 1138174019 expedida en Bogota actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Sara Valentina Ramos Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1012460439 expedida en Bogota, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad fisica, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud fisica y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad fisica. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa Capital Salud

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Sandra Gonzalez al teléfono 3103284365, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
Sara Valentina Ramos G.	Sandra Gonzalez R.
Firma	**Firma**
NOMBRE: Sara Valentina Ramos Gonzalez	**NOMBRE:** Sandra Patricia Gonzalez Ramos
No. Documento de Identidad 1012460439	**No. Documento de Identidad** 1136174019
Teléfono: 3103284365	**Teléfono:** 3103284365
Correo Electrónico: Patico5076@gmail.com	**Correo Electrónico:** Patico5076@gmail.com.

Porras
JM

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1012460439
NOMBRES	SARA VALENTINA
APELLIDOS	RAMOS GONZALEZ
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	06/03/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/12/2026 10:43:05	**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".


REPÚBLICA DE COLOMBIA
1.013.460.439
SARA VALENTINA
Sara Ramos



Porros
IM
Procesos
Basicos

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

Fecha de diligenciamiento: 17 02 2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo, Jeslor Rodriguez Collado, identificado con el cedula de ciudadanía No. 3274085D expedida en Barranquilla actuando como padre/ madre, acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor Emanuel Martinez Badilla identificado con la tarjeta de identidad No. 1065140577 expedida en el Copey, manifiesto:

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas

de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa Coopsalud.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Yesher Rodriguez al teléfono 3332710709, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https //www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad	**Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal**
Firma	**Firma**
NOMBRE: Emanuel Martinez Padilla	**NOMBRE:** Yesher Rodriguez
No. Documento de Identidad 1065140577	**No. Documento de Identidad** 2274087
Teléfono: 333 2710709	**Teléfono:** 333 2710709
Correo Electrónico: leshercalcedo@gmail.com	**Correo Electrónico:** leshercalcedo@gmail.com

COOSALUD

Es Vos Es tu bienestar

CERTIFICACIÓN DE PORTABILIDAD

A QUIEN INTERESE

Para su información se adjuntan datos donde se certifica que el afiliado relacionado a continuación:

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS
Tarjeta de identidad	**1065140577**	**EMANUEL JOSUE MARTINEZ PADILLA**

A través de esta certificación confirmamos que el usuario gestionó su solicitud de Portabilidad con el número: **11001-00289942-PO** por emigración para el municipio de: **BOGOTA D.C.- BOGOTA D.C.** la cual fue tramitada y su estado es **APROBADA**.

La IPS asignada para la atención de Servicios de Primer nivel y todos los contemplados dentro del plan de beneficios:

NIT: **900959048**
NOMBRE IPS: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
DIRECCIÓN IPS: **TV 74 F # 40 B 54 SUR**
TELÉFONOS:
CORREO ELECTRÓNICO: **SUBREDSUROCCIDENTE@SALUDCAPITAL.GOV.CO**

VIGENCIA

La portabilidad tipo: **EMIGRACIÓN TEMPORAL**, fue solicitada por periodo de **11 MESES** a partir del **2026-01-16 HASTA EL 2026-12-16**, Esta podrá finalizarse en cualquier momento a voluntad del afiliado por ocasión de cambio definitivo de lugar de residencia o en caso de traslado de **COOSALUD EPS** a otra EPS y quede registrado ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

Es importante mantener sus datos de contacto actualizados, con el fin de informar novedades acerca del estado de su solicitud.

PARA TENER EN CUENTA

El día de finalización de la portabilidad se iniciará el trámite para su terminación. Si se requiere concluir antes de esa fecha o en caso de cualquier inquietud, puede comunicarse desde un teléfono fijo a la línea gratuita de atención nacional **018000515611**, o desde un celular al **#922**. También puedes escribir al correo electrónico **portabilidad@coosalud.com**; "especificando en el asunto: Departamento donde registra portabilidad/ tipo y número documento".

Cordialmente,

Subdirección Aseguramiento-Sucursal



403
IT
POR

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor

Fecha de diligenciamiento: 11/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo Paola Cabrera identificada con el CC. No. 39625980 expedido en **Bogotá** actuando como madre _____ expedido en **Bogotá**

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.
5. Me comprometo a informar de inmediato al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, al correo paobeatriz77ven@gmail.com sobre cualquier incidente, accidente o daño que llegue

13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono, teléfono: 3108130162 y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

xAmy Antonella Velasco
Firma

NOMBRE:

Amy Antonella Velasco Galeano

No. Documento de Identidad

1146140581

Teléfono:

3108130162 - 3212483476

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor representante legal

Laura Galeano B
Firma

NOMBRE:

Laura Galeano B

No. Documento de Identidad

39625980

Teléfono:

3108130162

Correo Electrónico:

yermos9@Hotmail.com

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGELYN TATIANA GALLEGO VELASCO identificado(a) con TI 1146138047 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 18/11/2024

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: BIENESTAR IPS SEDE GRAN PLAZA BOSA

Categoría: SISBEN_3

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes 2 del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

J.T
403


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.146.140.581
VELASCO GALEANO
AMY ANTONELLA
Amy Velasco


23-MAY-2017
BOGOTA D.C.
23-MAY-2035
B+
F

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	
TI 1146137665 ABRIL SUSANA BELTRAN QUINTANA	
Estado Cotizante:	Vigente
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	4
Fecha Afiliación:	01/02/2019
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 11 de Febrero de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.146.137.665

BELTRAN QUINTANA

APELLIDOS

ABRIL SUSANA

NOMBRES

ABRIL

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-2016**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-ABR-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

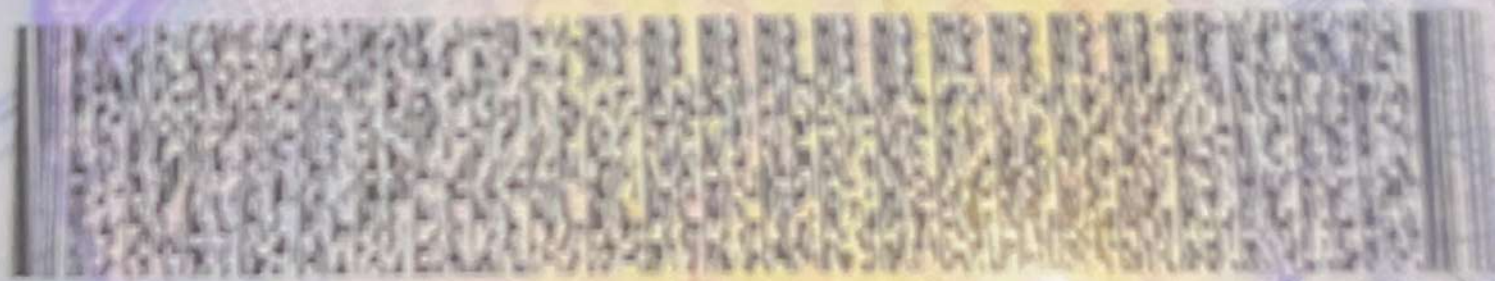
A+
G.S. RH

F
SEXO

29-ENE-2024 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO



P-1515100-01422321-F-1148137665-20240220 01[illegible]94G 2 [illegible]

Peras
403 pm

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

acompañante, tutor, representante legal, responsable y/o cuidador del menor

Fecha de diligenciamiento: 11/02/2026

Escuela, programa, actividad o evento recreativo/deportivo: PROYECTO DE FORMACIÓN INTEGRAL

Yo Jazmin Bolaguez identificada con el CC. No. 1073714522 expedido en **Bogotá** actuando como madre Luciana Bolaguez expedido en **Bogotá**

1. Entiendo que la actividad física, el deporte y la recreación son esenciales para mantener y mejorar la salud física y mental, aportando beneficios como el fortalecimiento del sistema cardiovascular, el aumento de la fuerza y resistencia muscular, y el bienestar general. Además, cumplen un papel importante en la prevención y tratamiento complementario de diversas enfermedades.
2. El Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD me ha informado de manera clara y comprensible sobre las características de las actividades recreativas y/o deportivas en las que participará el menor, así como sobre los riesgos y responsabilidades frente al IDRD y terceros. Sé que el IDRD ha implementado procedimientos para minimizar dichos riesgos. Por ello, acepto cumplir con los requisitos y recomendaciones para la actividad.
3. Reconozco que, durante la estadía y/o participación en las actividades pueden surgir circunstancias inesperadas, imprevistos e inconvenientes propios o asociados a las mismas. Estas incluyen, pero no se limitan a: lesiones, caídas, heridas, accidentes, o complicaciones de enfermedades preexistentes, infectocontagiosas o generales, así como posibles alteraciones o secuelas futuras que afecten la salud e integridad física. Estos riesgos pueden surgir debido a nuestra conducta, actuación o participación, al contacto con otros participantes, a los elementos utilizados en la actividad o presentes en la misma, y/o a las condiciones climáticas. Asumo toda responsabilidad por daños a terceros y libero al IDRD, sus organizadores y participantes de cualquier reclamación, así como de los riesgos y contingencias asociados a eventos de fuerza mayor o caso fortuito tales como desastres naturales, alteraciones del orden público, asonadas, actos de terrorismo o vandalismo, sedición o revueltas y acciones delincuenciales. Acepto los riesgos derivados del consumo de alimentos y bebidas antes o durante el evento, así como cualquier eventualidad no previsible ni controlable que se pueda presentar en el transcurso de la actividad.
4. Explicados los riesgos posibles a los que se está expuesto al realizar la actividad, participación, acompañamiento, u otra, de manera voluntaria, libero a la Alcaldía Mayor de Bogotá, al IDRD y a sus representantes, funcionarios y contratistas de toda responsabilidad civil, penal o administrativa relacionada con la participación en la actividad, siempre y cuando dichas personas o entidades actúen bajo el estándar de cuidado y responsabilidad que se exige bajo la naturaleza de su cargo.
5. Me comprometo a informar de inmediato al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, al correo paobeatriz77ven@gmail.com sobre cualquier incidente, accidente o daño que llegue

13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto al teléfono, teléfono: 3117044002 y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Leslv Ivvana Bohorquez
Firma

NOMBRE:

Leslv Ivvana Bohorquez Diaz

No. Documento de Identidad

1073714522

Teléfono:

3117044002

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor representante legal

Jaime Bohorquez
Firma

NOMBRE:

Jaime Bohorquez

No. Documento de Identidad

1073714522

Teléfono:

3117044002

Correo Electrónico:

Jaimebohorquez27@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	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1028791794
NOMBRES	LESLY LUCIANA
APELLIDOS	BOHORQUEZ DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/11/2025 09:39:49 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 782 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.028.791.794
BOHORQUEZ DIAZ

APELLIDOS
LESLY LUCIANA

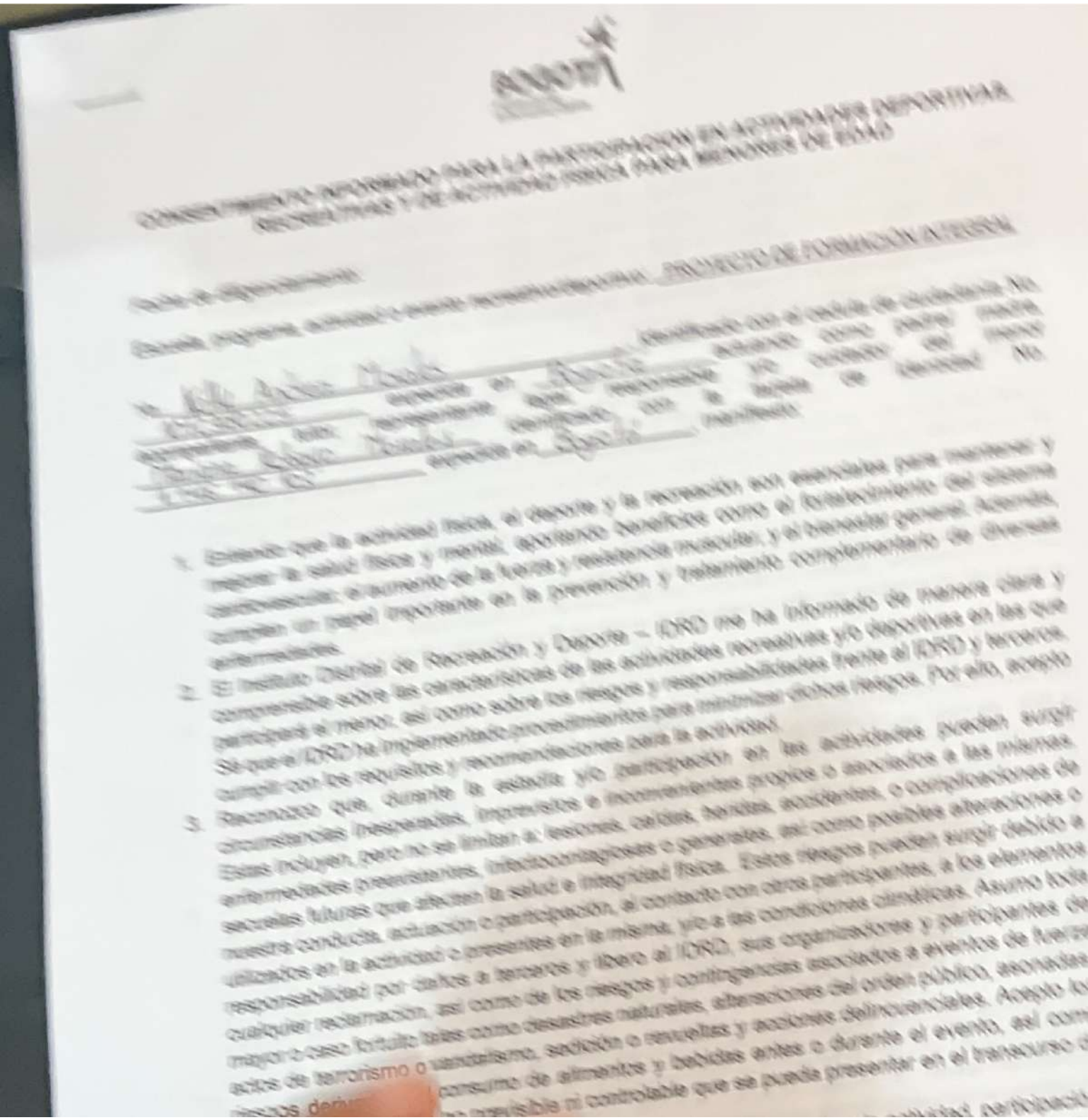
NOMBRES
Luciana





FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-2013
BOGOTÁ D.C.
CUNDINAMARCA
LUGAR DE NACIMIENTO
05-NOV-2033
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
NUIP 1028 XXXX XXXXXXX
FIRMA Y CÉDULA DEL REGISTRADOR





de Beneficios (EAPB) del Sistema de Seguridad Social en Salud, en la empresa Compensar.

12. Este consentimiento aplicará durante todo el periodo en que el usuario participe del programa al cual se inscribió, y deberá ser actualizado cuando se modifique la naturaleza de su actuación o su condición de salud cambie.
13. En caso de emergencia, autorizo al IDRD a informar a la persona de contacto Angie Cifuentes al teléfono 3132263119, y doy mi consentimiento a trasladar al menor a un centro médico pertinente para proteger su salud e integridad física.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales manejada por el IDRD en el siguiente enlace: https://www.idrd.gov.co/politicas

He leído y comprendido este documento, y doy mi consentimiento libremente, asumiendo las responsabilidades y autorizaciones aquí expresadas, tanto a mi nombre como en representación del menor.

Datos del menor de edad

Mariana Robayo
Firma

NOMBRE: Mariana Robayo

No. Documento de Identidad 1.146.140.103

Teléfono: 3505447171

Correo Electrónico:

Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante- tutor- representante legal

Firma

NOMBRE: Kelly Morales Quintero

No. Documento de Identidad 1012349225

Teléfono: 3505447171

Correo Electrónico: kelib2303@gmail.com

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUAN CARLOS ROBAYO CIPAGAUTA, identificado(a) con Cédula Ciudadanía 80920822, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa "FEMSER SOLUTIONS S.AS." NIT 900393735, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20211025	0

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Parent.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
KELLY ANDREA MORALES GUIRTERO	CP	1012398035	CC	20201120	No Registrada	Activo
DARIANA ROBAYO MORALES	HI	1149140109	TI	20211025	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 6441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Vigilado Supersalud

Vida Saludable

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.146.140.103
ROBAYO MORALES

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana Robayo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-2017
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
23-MAR-2035 B- F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
09-MAY-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

