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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANDREA MARCELA BUITRAGO ORTIZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52714693, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'UNIVERSIDAD PEDAGOGICA' NIT 899999124, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260126	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIANNE CAMILA RICO BUITRAGO	HI	1032472968	TI	20240201	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Marzo de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
31813592

CER-AFI

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.472.968**

RICO BUITRAGO

APELLIDOS

MARIANNE CAMILA

NOMBRES

Marianne Rico

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-2013**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-JUL-2031 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

05-ENE-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01198495-F-1032472968-20210108 **00730**39189A 1 8501255654

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.714.693**

BUITRAGO ORTIZ

APELLIDOS

ANDREA MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-MAY-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00734511-F-0052714693-20150818 0045B89142A 1 1633533654

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Liceo Nuevo Chile.		
DEPORTE:	Gimnasia Aeróbica.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ana Yanara Chala Rodríguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028724643	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	17/02/2014	EDAD:	12 años
DIRECCIÓN:	Calle 31 A Sur # 3-45 Este	BARRIO:	Bello Horizonte
TELÉFONO O CELULAR:	3142796797		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angelica Rodríguez Gonzalo	APELLIDOS:	Rodríguez Gonzalo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023840591	TELÉFONO:	3142796797
DIRECCIÓN:	Calle 31A Sur # 3-45 Este	CELULAR:	3142796797

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Oscar Oswaldo	APELLIDOS:	Chala Blanco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79810695	TELÉFONO:	3112822845
DIRECCIÓN:	Calle 31A Sur # 3-45 Este	CELULAR:	3112822845

FIRMA DEL ACUDIENTE: Angelica Rodríguez Gonzalo C.C. 1023840591

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angélica Rodríguez Gorzón, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1023890591 Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 31A Sur #3-45 Este, actuando en calidad de acudiente del menor Ifza Yanara Ghola R. identificado con la tarjeta de identidad No. 1028724643, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Marzo de 2026.

Firma: Angélica Rodríguez Gorzón

Nombre: Angélica Rodríguez Gorzón C.C. 1023890591

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 Itza Yanara Chala Rodriguez, identificado(a) con TI número 1028724643, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1028724643
NOMBRES Y APELLIDOS	Itza Yanara Chala Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	17/02/2014
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	21 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	21 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2023
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 10/03/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.028.724.643**

CHALA RODRIGUEZ

APELLIDOS

ITZA YANARA

NOMBRES



itzá chala

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-FEB-2032 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

22-JUL-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-01248242-F-1028724643-20210809 **00751**95218A 2


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
1.023.893.591
RODRIGUEZ GARZON
ANGELICA MARIA


29-NOV-1988
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
1.62
O+
F
30-NOV-2007 BOGOTA D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Liceo Nuevo Chile.		
DEPORTE:	Gimnasia Aeróbica.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	JUANA MARIA SOTO AVILÁN		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028874555	EPS:	SERVISALUD
FECHA DE NACIMIENTO:	22-12-2012	EDAD:	13 AÑOS
DIRECCIÓN:	Cra 2A # 17A-35 SUR.	BARRIO:	VELÓDROMO
TELÉFONO O CELULAR:	3046340451		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	PAULA CATALINA	APELLIDOS:	SOTO AVILÁN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.450.558	TELÉFONO:	601 5720903
DIRECCIÓN:	Cra 2A # 17A-35 SUR.	CELULAR:	3046340451

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52.450.558

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. 1018438928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo PAULA CATALINA SOTO ANILÁN, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52.450.558 de BOGOTÁ, domiciliado en la dirección Cra. 2A # 17A-35 SUR, actuando en calidad de acudiente del menor JOANA SOTO, identificado con la tarjeta de identidad No. 1'028.874.555, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS SERVISALUD. del régimen ESPECIAL (MAGISTERIO)

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes MARZO de 2026.

Firma: Paula Lucia.

Nombre: PAULA CATALINA SOTO ANILÁN C.C. 52.450.558 Bta

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) PAULA CATALINA SOTO AVILAN identificado(a) con Cedula ciudadania N° 52450558 su fecha de afiliación es del 10-12-2014, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de identidad	1028874555	JUANA MARIA SOTO AVILAN	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 10 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.028.874.555
SOTO AVILAN
APELLIDOS
JUANA MARIA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
22-DIC-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
16-ENE-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1500150-01129470-F-1028874555-20200130
0069862779A 2
8500218546

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.450.558**

SOTO AVILAN

APELLIDOS

PAULA CATALINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1980**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-ENE-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00028182-F-0052450558-20080721 0001353114A 1 1520023509

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Liceo Nuevo Chile		
DEPORTE:	Gimnasia Aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Luana Rioja Celis		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1125229946	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	10 de Abril de 2013	EDAD:	12 años y
DIRECCIÓN:	Cll 7A Bis #79 D 31	BARRIO:	Condado de Castilla
TELÉFONO O CELULAR:	3006548905 (madre) - 3163705631 (abuela)		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Johana Andrea	APELLIDOS:	Celis Suarez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.505.503	TELÉFONO:	3006548905
DIRECCIÓN:	Cll 7A Bis #79 D 31	CELULAR:	3006548905

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Johana Celis C.C. 52.505.503

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Johana Andrea Celis Suárez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52.505.503 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 7A Bis #79 D31, actuando en calidad de acudiente del menor Luana Rioja Celis identificado con la tarjeta de identidad No. 1125229946, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes marzo de 2026.

Firma: _____

Nombre: Johana Andrea Celis Suárez c.c. 52.505.503

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 Luana Riojacelis , identificado(a) con TI número 1125229946, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1125229946
NOMBRES Y APELLIDOS	Luana Riojacelis
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	10/04/2013
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	28 - Subsidiado
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2025
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	05/03/2026
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

10/03/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.125.229.946**

RIOJA CELIS

APELLIDOS

LUANA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-2013**

BUENOS AIRES
ARGENTINA
LUGAR DE NACIMIENTO

10-ABR-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

13-JUL-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01395076-F-1125229946-20231115 **0137**193950A 2 8508831559

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.505.503**

CELIS SUAREZ

APELLIDOS

JOHANA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-MAR-1997 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00863456-F-0052505503-20161108 0052123275A 1 1174151268

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta.		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Parque Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sophie Magallon Luiz.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	RC 1023169060	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	18/02/2020	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	Cll 9 Sur 7 b 36 casa 77	BARRIO:	Nariño Sur
TELÉFONO O CELULAR:	3002349769 - 3127606264.		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Laura Natalia	APELLIDOS:	Ruiz Falcedo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 52967576	TELÉFONO:	0
DIRECCIÓN:	Cll 9 Sur 7 b 36 casa 77	CELULAR:	3127606264

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Winston	APELLIDOS:	Magallon Romero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 94535120	TELÉFONO:	0
DIRECCIÓN:	Cll 9 Sur 7 b 36 casa 77	CELULAR:	3002349769

FIRMA DEL ACUDIENTE: Laura Ruiz S C.C. 52967576

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438429

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Laura Natalia Ruiz Salcedo identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52967576 _____, domiciliado en la dirección Clle Sur 76 36 casa 27, actuando en calidad de acudiente del menor Sophie Magallon Ruiz identificado con la tarjeta de identidad No. RC. 1023169060, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2026.

Firma: LauraRuizS.

Nombre: Laura Natalia Ruiz Salcedo C.C. 52967576

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 Sophie Maquillon Ruiz, identificado(a) con RC número 1023169060, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1023169060
NOMBRES Y APELLIDOS	Sophie Maquillon Ruiz
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	18/02/2020
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

16/03/2026

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1023169060

Indicativo Serial 60755211

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 D

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 20 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MAQUILLON	RUIZ

Nombre(s)

SOPHIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 18	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15982251-3

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

Apellidos y nombres completos

RUIZ SALCEDO LAURA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52967576	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

MAQUILLON ROMERO WISTON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 94535120	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MAQUILLON ROMERO WISTON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 94535120	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2020 Mes FEB Día 19	ROBERTO GALVIS BLANCO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	RODOLFO GALVIS BLANCO Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RODOLFO GALVIS BLANCO
NOTARIO
NOTARIA 20 DE BOGOTA D.C.

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: 124 FOLIO: 128;19/02/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52967576
NUMERO

RUIZ SALCEDO
APELLIDOS

LAURA NATALIA
NOMBRES

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-MAR-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500102-42103537-F-0052967576-20020506 01141021268 01 113733852

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 94.535.120

MAQUILLON ROMERO

APELLIDOS

WISTON

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-1979

SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.81 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

28-AGO-1997 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00712413-M-0094535120-20150804 0044402335A 1 1443422812

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Juan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Parque Milenta.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Yahiel Benavides Leima		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019477553	EPS:	Selvisalud
FECHA DE NACIMIENTO:	04/12/2018	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Kr 68C #22-10	BARRIO:	Villa Claudia
TELÉFONO O CELULAR:	313 8057282 - 313 3447196		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Ivon Alexa	APELLIDOS:	Leima Leima
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53096737	TELÉFONO:	3133447196
DIRECCIÓN:	Kr 68C #22-10 Sur	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Rosembert Benavides	APELLIDOS:	Benavides León
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80094027	TELÉFONO:	313 8057282
DIRECCIÓN:	Kr 68C #22-10 Sur	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Rosembert Benavides C.C. 80094027

FIRMA DEL PROFESOR (A): J. VARGAS
C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Rosembert Benavides León, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 80094027 Bogotá, domiciliado en la dirección Kr 68C #2210 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Tahiel Benavides identificado con la tarjeta de identidad No. 1079977553, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Servisalud del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2026.

Firma: Rosembert Benavides

Nombre: Rosembert Benavides León C.C. 80094027

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) ROSEMBERT RODRIGO BENAVIDES LEON identificado(a) con Cedula ciudadania N° 80094021 su fecha de afiliación es del 23-05-2011, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de identidad	1011239611	NAHUEL BENAVIDES LERMA	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO
Registro civil de nacimiento	1019917553	TAHIEL BENAVIDES LERMA	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 11 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1018217563

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59852469

Datos de la oficina de registro - Clave de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: BENAVIDES — Segundo Apellido: LERMA

Nombre(s): TANIA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes DIC Día 04 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo sanguíneo: A — Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número identificación de madre/padre: 5DCAB1E-2

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con usos matrimoniales, a elección del mismo sexo, diligenciar el progenitor que indiquen los antecedentes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LERMA LERMA IVON ALEXA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 53096731 — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con usos matrimoniales, a elección del mismo sexo, diligenciar el progenitor que indiquen los antecedentes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BENAVIDES LEON ROSEMBERT RODRIGO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 8209402 — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LERMA LERMA IVON ALEXA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 53096731 — Firma: Ivon Lerma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Fecha de inscripción: Año 2018 Mes DIC Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: NELLY GRACIELA VILLAMAR BECERRA (E)

Reconocimientos paternos: Rosembert Benavides

Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoce: NOHORA EMILCE AGUDELO BECERRA (E)

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 055 FOLIO 052

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80094021**

BENAVIDES LEON
APELLIDOS

ROSEMBERT RODRIGO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1981**

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

07-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500102-42381275-M-0080094021-20000812 0885100162A 01 0860004574

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas		
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Manta	AÑO:	2026
DEPORTE:	Gimnasia aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Parque.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Luciana Castro Burtrago		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032519117	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	10-24-17	EDAD:	8
DIRECCIÓN:	Cll 40#14-25 -Apt-301	BARRIO:	Carabelas
TELÉFONO O CELULAR:	+1 407-870-0630 whatsapp		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES: Laura	Laura Daniela	APELLIDOS:	Burtiago Vuela
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1076303143	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	cll 40#14-25 - Apt-301	CELULAR:	+1 407-870-0630

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1076303143

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018938928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Laura Butrago, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de Bogota 1026303143, domiciliado en la dirección Cll 40# 11h-25 – Apt – 301, actuando en calidad de acudiente del menor Luciana Castro identificado con la tarjeta de identidad No. 1032519117, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes Marzo de 2026.

Firma: _____

Nombre: Laura Butrago C.C. 1026303143

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

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

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PA 642275058
NOMBRES Y APELLIDOS	Luciana Castro Buitrago
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Nieto
FECHA DE NACIMIENTO	24/10/2017
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	09/02/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	09/02/2021
NIVEL SISBEN	No aplica

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000034969
NOMBRES Y APELLIDOS	Julian Andres Buitrago Varela
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	30/10/2003
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	14/11/2003
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	679 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	46 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/01/2026
NIVEL SISBEN	No aplica

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PA A47895848
NOMBRES Y APELLIDOS	Ariah Castro Buitrago
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Nieto
FECHA DE NACIMIENTO	15/06/2022
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	19/01/2026
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/01/2026
NIVEL SISBEN	No aplica

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.519.112**
CASTRO BUITRAGO

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana castro

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-2017**
FLORIDA-KISSIMMEE
ESTADOS UNIDOS
LUGAR DE NACIMIENTO

24-OCT-2035 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-FEB-2026 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01547276-F-1032519112-20260223 **0151065594A 1** 8518069957

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.026.303.143



Apellidos
BUITRAGO VARELA

Nombres
LAURA DANIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
07 OCT 1998

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 OCT 2016, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
10 DIC 2035

086207687

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL086207687415001<<<<<<<<<<<
9810075F3512104COL1026303143<0
BUITRAGO<VARELA<<LAURA<DANIELA

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Suan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta.		
DEPORTE:	Gimnasia aerobica.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Emilia Alarcon Herrera.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013152317	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	12-06-2017	EDAD:	8
DIRECCIÓN:	kr 78 1-03	BARRIO:	Techo Kennedy
TELÉFONO O CELULAR:	3214044759		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Viviana	APELLIDOS:	Herrera Robles
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52961050	TELÉFONO:	3214044759
DIRECCIÓN:	kr 78 1 03	CELULAR:	3214044759

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Mike	APELLIDOS:	Alarcon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80072246	TELÉFONO:	3132704890
DIRECCIÓN:	kr 78 1-03	CELULAR:	3132704890

FIRMA DEL ACUDIENTE: Viviana Herrera C.C. 52961050

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Viviana Herrera Robles, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52961050 Bogotá, domiciliado en la dirección Kr 78 1-03, actuando en calidad de acudiente del menor Emilia Algarcor identificado con la tarjeta de identidad No. 1013152317, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sdud Totd del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes marzo de 2026.

Firma: Viviana Herrera

Nombre: Viviana Herrera Robles c.c. 52961050

SaludTotal

BOGOTA, Marzo 11 de 2026

Señora:

HERRERA ROBLES SILVIA VIVIANA

CC. 52961050CR 78 NO 1 03 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2002. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
HERRERA ROBLES SILVIA VIVIANA	52961050	C	Mar-13-2002	471	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALARCON HERRERA MARTIN	1013134810	T	Mar-20-2011	263	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ALARCON HERRERA EMILIA	1013152317	T	Jun-12-2017	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ALTACOL NORVENTAS LTDA	52961050	Dependiente	CERRADO
ASECARVI LTDA	52961050	Dependiente	CERRADO
CYG CONSULTING GROUP SAS	52961050	Dependiente	VIGENTE
SILVIA VIVIANA HERRERA ROBLES	52961050	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.013.152.317
NÚMERO

ALARCON HERRERA
APELLIDOS

EMILIA
NOMBRES

Emilia alarcon
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-2017

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-JUN-2035 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

12-JUL-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

P-1500150-01451832-F-1013152317-20240712 0140905129A 1 8512260442

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.961.050**

HERRERA ROBLES

APELLIDOS

SILVIA VIVIANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1982**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-NOV-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00712189-F-0052961050-20150602 0044388253A 1 1943423046

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque		
DEPORTE:	Gimnasia Aerobica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Salomé Rios Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1011246693	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	12 Febrero 2017	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Cll 72K Bis #42-73 Sur	BARRIO:	Moravia II
TELÉFONO O CELULAR:	3152763357 - 3152566921		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: ——o——

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Nubia Janneth	APELLIDOS:	Rodriguez Torres
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 52.908.585	TELÉFONO:	3152763357
DIRECCIÓN:	Cll 72K Bis #42-73 Sur	CELULAR:	" "

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Edoardo	APELLIDOS:	Rios Postuquez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC. 79'743.275	TELÉFONO:	3152566921
DIRECCIÓN:	Cll 72K Bis #42-73 Sur	CELULAR:	" "

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52'908.585

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. 1018438928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nubia Janneth Rodriguez Torres, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de CC 52908585 de Bogotá., domiciliado en la dirección Cra 72KBis #42-73 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Salomé Ríos Rodriguez identificado con la tarjeta de identidad No. 1011246693, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2026.

Firma:

Nombre: Nubia Janneth Rodriguez Torres C.C. 52'908.585 Bta.

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) EDUARDO RIOS PORTUGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 79743275, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD' NIT 860512780, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250203	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
SALOME RIOS RODRIGUEZ	HI	1011246693	TI	20250203	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Diciembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
LICEO NUEVO CHILE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30749691

CER-AFI

Vigilado Supersalud

www.compensar.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.246.693**

RIOS RODRIGUEZ

APELLIDOS

SALOME

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-2017**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-FEB-2035 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

04-JUN-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01444870-F-1011246693-20240605 **0140**48556A 1 8511911925

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **52.908.585**

RODRIGUEZ TORRES

APELLIDOS

NUBIA JANNETH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1982**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-ENE-2001 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00438113-F-0052908585-20130605 **00332**70889A 1 1462368698

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque		
DEPORTE:	Gimnasia aeróbica		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Paula Daniela Nieto Rodríguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1141350419	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	03-Agosto-2015	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Cll 22 Sur #69-59	BARRIO:	Provivienda Oriental
TELÉFONO O CELULAR:			

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Marcela	APELLIDOS:	Rodriguez Gonzalez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	cc. 20927653	TELÉFONO:	3138287187
DIRECCIÓN:	Cll 22 Sur # 69-59	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Yimmy Oswaldo	APELLIDOS:	Nieto Morales
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 79511291	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cll 22Sur #69-59.	CELULAR:	3124847303

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 20927653

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Edith Marcela Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 20927653 de Silvania, domiciliado en la dirección Cll 22 Sur #69-59, actuando en calidad de acudiente del menor Paula Daniela Nieto identificado con la tarjeta de identidad No. 1141350419, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Fomag del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes marzo de 2026.

Firma:

Nombre: Marcela Rodriguez G C.C. 20.927.653

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) EDITH MARCELA RODRIGUEZ GONZALEZ identificado(a) con Cedula ciudadania N° 20927653 su fecha de afiliación es del 22-06-2006, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de identidad	1141350419	PAULA DANIELA NIETO RODRIGUEZ	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 14 de enero del 2026

Cordialmente,

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

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

1/2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.350.419

NIETO RODRIGUEZ

APELLIDOS

PAULA DANIELA

NOMBRES

Paula Nieto

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-2015

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-AGO-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G.S. RH

F
SEXO

18-AGO-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P 1500150-01315964 F 1141350419 20220822 00820

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.927.653

RODRIGUEZ GONZALEZ

APELLIDOS

EDITH MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1977

CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

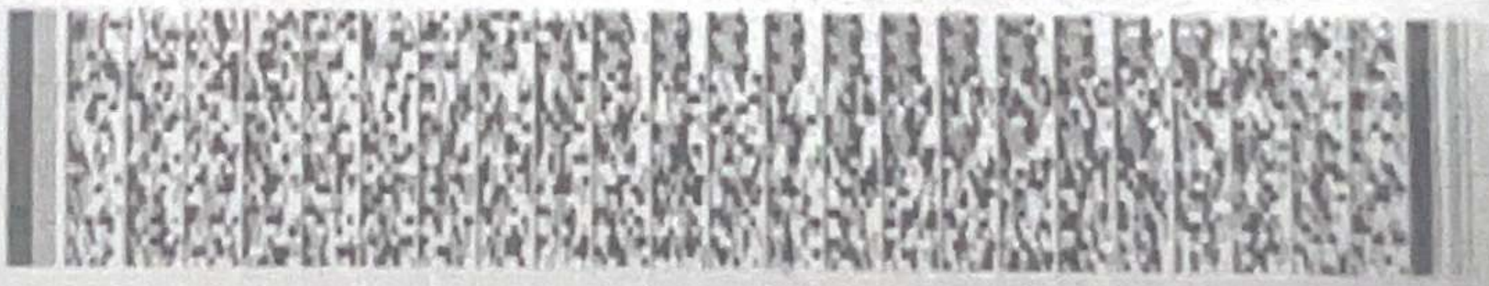
O+
G.S. RH

F
SEXO

25-JUL-1996 SILVANIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

2/2



A-1500150-00179316-F-0020927653-20090917 0016186920H 3 1670030048

Scanned with CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Mikenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ana Isabella Pineda Sanabria		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032505812	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	11-07-2017	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Calle 4 # 36-55	BARRIO:	Tibaná
TELÉFONO O CELULAR:	3193699341 - 3213701725		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO ____

DISCAPACIDAD: SI ____ NO ____ CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Martha Tatiana	APELLIDOS:	Sanabria Arishada
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032373207	TELÉFONO:	3193699341
DIRECCIÓN:	Calle 4 # 36-55	CELULAR:	3193699341

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Michael Andres	APELLIDOS:	Pineda Alfaro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032385358	TELÉFONO:	3213701725
DIRECCIÓN:	Calle 4 # 36-55	CELULAR:	3213701725

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1032373207

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018436428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Martha Tatiana Sanabria A., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1032373207 Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 4 # 36-55, actuando en calidad de acudiente del menor Ana I. Pinedo identificado con la tarjeta de identidad No. 1032507817, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes marzo de 2026.

Firma: _____

Nombre: Martha Tatiana Sanabria c.c. 1032373207

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) MICHAEL ANDRES PINEDA ALFARO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032385358, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240209	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
ANA ISABELLA PINEDA SANABRIA	HI	1032595812	TI	20231012	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
LICEO NUEVO CHILE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
27512381

CER-AFI

www.compensar.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.032.505.812**
PINEDA SANABRIA
APELLIDOS
ANA ISABELLA
NOMBRES

Ana Isabella
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-2017**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-JUL-2035 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
15-JUL-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01453323-F-1032505812-20240717 **0140995213A 1** 8512279037

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.373.207**

SANABRIA ARISTIZABAL
APELLIDOS

MARTHA TATIANA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1986**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

03-NOV-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDON LOPEZ

P-1500113-45134821-F-1032373207-20050304 0447805063B 02 179899730

6.A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.385.358

PINEDA ALFARO
APELLIDOS

MICHAEL ANDRES
NOMBRES

Michael A Pineda Alfaro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-ABR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45137315-M-1032385358-20050513 01474 05133A 02 178561684

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Josan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Miguel Felipe Puerto Huertas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010847011	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	30-05-2017	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	cll 24sur N° 51D 22	BARRIO:	San Eusebio
TELÉFONO O CELULAR:	3143544791		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO ____ CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yudy Paola	APELLIDOS:	Huertas Ballesteros
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1015999201	TELÉFONO:	3143544791
DIRECCIÓN:	Cll 24 Sur N° 51D 22	CELULAR:	3143544791

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Darwin	APELLIDOS:	Puerto Malrecho
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80864874	TELÉFONO:	3112044762
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3112044762

FIRMA DEL ACUDIENTE: Yudy Huertas B. C.C. 1015999201

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018938928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yudy Paola Huertas B, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1015999201 de Bogotá, domiciliado en la dirección cll 24 sur Nº 51D 22, actuando en calidad de acudiente del menor Miguel Felipe Puerto H identificado con la tarjeta de identidad No. 1010847011, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Marzo de 2026.

Firma: Yudy Huertas B

Nombre: Yudy Paola Huertas B. C.C. 1015999201

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 Miguel Felipe Puerto Huertas, identificado(a) con TI número 1010847011, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1010847011
NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Felipe Puerto Huertas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	30/05/2017
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	120 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

27/01/2025

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.010.847.011**

PUERTO HUERTAS

APELLIDOS

MIGUEL FELIPE

NOMBRES

Miguel FPuerto

FIRMA



C.A.

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-2017**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-MAY-2035 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

22-JUL-2024 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

P-1500150-01457264-M-1010847011-20240801 **0141**216651A 4 8512350768

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.015.999.201**

HUERTAS BALLESTEROS

APELLIDOS

YUDY PAOLA

NOMBRES



FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1986**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

17-DIC-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01327431-F-1015999201-20221105 **00889**80082A 3 9920227363

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Maria Silvana Pinto Correa		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032506530	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	19/08/17	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Cll 11A 79A-28	BARRIO:	Castilla
TELÉFONO O CELULAR:	3002603155		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angelica Patricia	APELLIDOS:	Correa Sandoval
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52936535	TELÉFONO:	3002603155
DIRECCIÓN:	Cll 11A 79A -28	CELULAR:	3002603155

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52936535

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angélica Patricia Correa, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52936535 Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 11A 79A-28, actuando en calidad de acudiente del menor Silvana Pinto identificado con la tarjeta de identidad No. 1032506530, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Marzo de 2026.

Firma: _____

Nombre: Angélica Correa c.c. 52936535

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 Maria Silvana Pinto Correa, identificado(a) con TI número 1032506530, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1032506530
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Silvana Pinto Correa
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	19/08/2017
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	21/03/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	126 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	34 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	07/05/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 10/03/2026

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

6.A

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.032.506.530
PINTO CORREA
APELLIDOS
MARIA SILVANA
NOMBRES

Silvana P
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-AGO-2017
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
19-AGO-2035 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
09-OCT-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01469870-F-1032506530-20241010 0142160297A 1 8513162204

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.936.535**

CORREA SANDOVAL

APELLIDOS

ANGELICA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

13-FEB-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00676195-F-0052936535-20150306 0043464368A 1 1313293269

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Helena Carvajal Acosta	EPS:	Servimed
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1012924346	EDAD:	8 años
FECHA DE NACIMIENTO:	04-Oct-2017	BARRIO:	Ciudad Montes
DIRECCIÓN:	Crr 40b #10-57 sur		
TELÉFONO O CELULAR:	3002946095 - 3208828022		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Martha Patricia	APELLIDOS:	Acosta Zambrano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52541170	TELÉFONO:	3002946095
DIRECCIÓN:	Crr 40b # 10-57 sur	CELULAR:	3002946095

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Oscar Santiago	APELLIDOS:	Carvajal Cadena
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014270239	TELÉFONO:	3208828022
DIRECCIÓN:	Crr 40b # 10-57 sur	CELULAR:	3208828022

FIRMA DEL ACUDIENTE: Oscar Santiago Carvajal Cadena C.C. 1014270239

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018432428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Oscar S. Carvajal C., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1014270239, domiciliado en la dirección Crr 40b #10-57 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Helena Carvajal, identificado con la tarjeta de identidad No. 1012924340, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Servimed del régimen Especial.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes marzo de 2026.

Firma: Oscar Santiago Carvajal Cadena

Nombre: Oscar Santiago Carvajal Cadena C.C. 1014270239

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) MARTHA PATRICIA ACOSTA ZAMBRANO identificado(a) con Cedula ciudadania N° 52541170 su fecha de afiliación es del 06-09-2006, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVIMED I.P.S. S.A. UNIDAD MEDICA OLAYA SEDE 2

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de Identidad	1012924340	HELENA CARVAJAL ACOSTA	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 10 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.012.924.340
CARVAJAL ACOSTA
APELLIDOS
HELENA
NOMBRES
Helena C.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
04-OCT-2017
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-OCT-2035
A-
F
FECHA DE VENCIMIENTO
G S RH
SEXO
05-NOV-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1500150-01474736-F-1012924340-20241112

6.A.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.014.270.239
CARVAJAL CADENA
OSCAR SANTIAGO
FIRMA


04-OCT-1995
FECHA DE NACIMIENTO
MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76
A+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
09-OCT-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Maily alejandra Contreras Sierra		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013468874	EPS:	Capital salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	01/08/2014	EDAD:	11 años
DIRECCIÓN:	Calle 165 # 58-06	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3138842424		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Camila	APELLIDOS:	Sierra Colmo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1012459034	TELÉFONO:	3138842424
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	David	APELLIDOS:	Contreras ortiz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030667854	TELÉFONO:	3144280495
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Camila Sierra C.C. 1012459034

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438428.

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Camila Sierra, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1012459034 de Bogota, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor Maily Contreras identificado con la tarjeta de identidad No. 1013146874, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Capital salud del régimen S.

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Marzo de 2026.

Firma: Camila Sierra

Nombre: Camila Sierra Colma c.c. 1012459034

2

6.A.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

		AÑO:	2026
PROFESOR:	Susan Vargas.		
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Thiago Antoine Martinez Dorsty	EPS:	Sanitas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011253069	EDAD:	7 años
FECHA DE NACIMIENTO:	12/07/2018	BARRIO:	Carimagua
DIRECCIÓN:	Cra 72 i # 38 A 01		
TELÉFONO O CELULAR:	3202039204		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Pauline Dorsty	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014213519	TELÉFONO:	3202039204
DIRECCIÓN:	Cra 72 i # 38 A 01	CELULAR:	3204398072

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Diego Martinez	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1014208039	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 70 A # 115 00	CELULAR:	3114883802

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1014213519

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018938928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Pauline Dorothy, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1014213519 Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 72 i #38A01, actuando en calidad de acudiente del menor Thiago H. identificado con la tarjeta de identidad No. 1011253069, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Mayo de 2026.

Firma:

Nombre: Pauline Dorothy c.c. 1014213519

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 Thago Antoine Martinez Doresty, identificado(a) con RC número 1011253069, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1011253069
NOMBRES Y APELLIDOS	Thago Antoine Martinez Doresty
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	12/07/2018
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	22/01/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	94 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	09/08/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 29/01/2026

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

Calle 108

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1011253069

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59705284

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [50] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [A 1 H]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	DORESTY

Nombre(s): THIAGO ANTOINE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUL Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14784196-1

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

Apellidos y nombres completos: DORESTY FONSECA PAULINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014213519	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MARQUEZ DAGOBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014208089	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MARQUEZ DAGOBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1014208089	Diago Martinez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2018 Mes JUL Día 13	LUZ AMANDA GARAVITO RODRIGUEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Diago Martinez Firma	LUZ AMANDA GARAVITO RODRIGUEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 181 FOLIO 16 ENMENDADO: 181 SI VALE

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Dagoberto Martinez Marquez 23 JUL 2018

THOMAS GREG & SONS
Jacqueline España
REVISADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.213.519**

DORESTY FONSECA

APELLIDOS

PAULINE

NOMBRES

Pauline Doresty Fonseca

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1990**

PARIS
FRANCIA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-AGO-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00940600-F-1014213519-20170926 0057395767A 1 9910144336

falta EPS

2.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Gimnasia Susan	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Elian Doncel Lopez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1145932873	EPS:	Sanidad Militar
FECHA DE NACIMIENTO:	19/07/2018	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	CL 1A BIS #28-30	BARRIO:	Sta Isabel
TELÉFONO O CELULAR:	3209839788		

6.A

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO ✓ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Dasbleidy	APELLIDOS:	Lopez Clavijo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.518.609	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CL.1A BIS # 28-30	CELULAR:	3209839788

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Kenny fernando	APELLIDOS:	Doncel Doncel
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79.988.177	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3238156686

FIRMA DEL ACUDIENTE: DASBLEIDY LOPEZ C.C. 52.518.609

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018458928

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jasbleidy lopez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 52.518.609 Bogota., domiciliado en la dirección CL.1ABIS#28-30, actuando en calidad de acudiente del menor Elian Doncel L. identificado con la tarjeta de identidad No. 1145932873, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanidad Militar del régimen Especial.

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Marzo de 2026.

Firma: JASBLEIDY LOPEZ

Nombre: Jasbleidy Lopez C. C.C. 52.518.609

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.145.932.873
DONCEL LOPEZ

APELLIDOS
ELIAN

NOMBRES

Elian doncel

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-2018
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-JUL-2036
FECHA DE VENCIMIENTO

AB-
G S RH

M
SEXO

05-SEP-2025 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01523693-M-1145932873-20250909 0147523948A 1 8516576626

DIGSA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO RETIRADO EJC

BENEFICIARIO
DONCEL LOPEZ ELIAN
RC 1145932873
Hijo(a)

AFILIADO
DONCEL DONCEL KENNY FERNANDO
CC 79988177

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH AB- **VENCE** 19/07/2036

A13222755

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.518.609

LOPEZ CLAVIJO

APELLIDOS

JASBLEIDY

NOMBRES

FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1979

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

12-DIC-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00848738-F-0052518609-20160914 0051102982A 1 1294063792

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas.	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Amy Elizabeth Socha Morales		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023880756	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	26/03/2026	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	Cl 2 a bis 53 a 29	BARRIO:	Canelias
TELÉFONO O CELULAR:	3124132533		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: No aplica

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Tatiana Morales	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023880756	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cl 2 a bis 53 a 29	CELULAR:	3124132533

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1023880756

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Gimnasia aeróbica

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Tatiana Morales, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1023880756, domiciliado en la dirección CL 2 96b 50 a 29, actuando en calidad de acudiente del menor Amy Gabriela Sacha identificado con la tarjeta de identidad No. 1074535735, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Servimed del régimen Especial.

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes marzo de 2026.

Firma:

Nombre: Tatiana Morales C.C. 1023880756

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) YURI TATIANA MORALES OSPINA identificado(a) con Cedula ciudadania N° 1023880756 su fecha de afiliación es del 30-11-2023, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVIMED I.P.S. S.A. UNIDAD MEDICA SANTA LIBRADA

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Registro civil de nacimiento	1074535735	AMY ELIZABETH SOCHA MORALES	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 14 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1074535735

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58334226

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 1 A

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA NOTARIA 1 SOACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SOCHA	MORALES

Nombre(s)

AMY ELIZABETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes MAR Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15994554-4

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

Apellidos y nombres completos

MORALES OSPINA YURI TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1023880756	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SOCHA BAQUERO EDUAR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032419405	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOCHA BAQUERO EDUAR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1032419405	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes JUN Día 03	MARTHA CECILIA AVILA VARGAS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-DIC-1988**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-ENE-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500104-47158704-F-1023880756-20070409 **00682** 07099C 02 228164646

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.880.756**

MORALES OSPINA
APELLIDOS

YURI TATIANA
NOMBRES

Tatiana Morales O.
FIRMA



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Lucia Castellanos Castro.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019848376	EPS:	Servisalud.
FECHA DE NACIMIENTO:	13/05/2019	EDAD:	6 años.
DIRECCIÓN:	Cll 1g # 40-20	BARRIO:	Carabelas.
TELÉFONO O CELULAR:	3012169798		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Paola	APELLIDOS:	Castro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53013606	TELÉFONO:	3012169798.
DIRECCIÓN:	Cll 1g # 40-20	CELULAR:	3012169798.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Vicente	APELLIDOS:	Castellanos.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022324716	TELÉFONO:	3004198592
DIRECCIÓN:	Cll 1g # 40-20	CELULAR:	3004198592

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 53013606

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018458428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Paola Castro Sdano, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 53013606 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 1g #40-20, actuando en calidad de acudiente del menor Lucia Castellanos. identificado con la tarjeta de identidad No. 1019848376, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Servisalud del régimen _____.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Marzo. de 2026.

Firma: _____

Nombre: Paola Castro S. c.c. 53013606

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) JENSSY PAOLA CASTRO SOLANO identificado(a) con Cedula ciudadania N° 53013606 su fecha de afiliación es del 05-04-2017, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de Identidad	1028445265	HELENA CASTELLANOS CASTRO	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO
Registro civil de nacimiento	1019848376	LUCIA CASTELLANOS CASTRO	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 13 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1019848376

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59736647

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria		Notaria	X	Número	30	Consulado		Corregimiento		Inspección de Policía		Código	A	5	E

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

*** COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTELLANOS**********	CASTRO**********
Nombre(s)	
LUCIA**********	

Fecha de nacimiento												Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	1	9	Mes	M	A	Y	Día	1	3	FEMENINO	A	POSITIVO

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

*** COLOMBIA ******** CUNDINAMARCA ******** BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1505047-6

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

Apellidos y nombres completos	
CASTRO SOLANO JENSSY PAOLA**********	
Documento de Identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
C.C. No. 53013606 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos	
CASTELLANOS CASTRO VICENTE ULISES**********	
Documento de Identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
C.C. No. 1022324719 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
CASTELLANOS CASTRO VICENTE ULISES**********	
Documento de Identificación (Clase y número)	**Firma**
C.C. No. 1022324719 DE BOGOTA D.C.	VICENTE CASTELLANOS

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
**********	
Documento de Identificación (Clase y número)	**Firma**
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
**********	
Documento de Identificación (Clase y número)	**Firma**
**********	

Fecha de Inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2	0	1	9	Mes	M	A	Y	Día	1	4	ROSA MERCEDES ROMERO PINTO
										Nombre y firma

NOTARIA TREINTA BOGOTA D.C. ROSA MERCEDES ROMERO PINTO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.013.606**

CASTRO SOLANO

APELLIDOS

JENSSY PAOLA

NOMBRES

Jenssy Castro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	**O+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

04-SEP-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500100-00995637-F-0053013606-20180416 **00608**09375A 3 9903683158

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Juan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Helena Castellanos Castro.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028945265	EPS:	Servisalud.
FECHA DE NACIMIENTO:	23/10/2015	EDAD:	10 años.
DIRECCIÓN:	Cll 1g #40-20	BARRIO:	Carabelas.
TELÉFONO O CELULAR:	3012169798.		

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Paola	APELLIDOS:	Castro.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53013606.	TELÉFONO:	3012169798.
DIRECCIÓN:	Cll 1g #40-20	CELULAR:	3012169798.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Vicente	APELLIDOS:	Castellanos.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022324719	TELÉFONO:	3004198592
DIRECCIÓN:	Cll 1g # 40-20	CELULAR:	3004198592

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 53013606.

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Paola Castro Solano, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 53013606 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 1g # 40-20, actuando en calidad de acudiente del menor Helena Castellanos identificado con la tarjeta de identidad No. 1028445265, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Sanitas del régimen _____.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Marzo de 2026.

Firma: _____

Nombre: Paola Castro S. c.c. 53013606

{fiduprevisora)

FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) JENSSY PAOLA CASTRO SOLANO identificado(a) con Cedula ciudadania N° 53013606 su fecha de afiliación es del 05-04-2017, Afiliado al municipio de BOGOTA, D.C y registra en estado Activo como COTIZANTE en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio- FOMAG, con IPS primaria SERVISALUD QCL OCCIDENTE

Información de los Beneficiarios

Tipo Identificacion	Numero Identificación	Nombres	Parentesco	Estado Actual	Tipo de Afiliación
Tarjeta de Identidad	1028445265	HELENA CASTELLANOS CASTRO	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO
Registro civil de nacimiento	1019848376	LUCIA CASTELLANOS CASTRO	Hijo del Docente	Activo	BENEFICIARIO

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

Dada la solicitud, 13 de marzo del 2026

Cordialmente,

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.445.265**

CASTELLANOS CASTRO

APELLIDOS

HELENA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-OCT-2033 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

12-ABR-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-01351247-F-1028445265-20230414 **01041**04870A 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **53.013.606**

CASTRO SOLANO

APELLIDOS

JENSSY PAOLA

NOMBRES

Jenssy Castro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

04-SEP-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1506100-00996637-F-0053013606-20180416 **00608**09375A 3 9903683158

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES SANTIAGO DUARTE 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Susan Vargas	AÑO:	2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque.		
DEPORTE:	Gimnasia		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	MARIA PAULA MORENO CAMACHO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013024277	EPS:	FAMISANAR
FECHA DE NACIMIENTO:	7/09/2015	EDAD:	10
DIRECCIÓN:	Calle 11C 73 52	BARRIO:	VILLA ALSACIA
TELÉFONO O CELULAR:			

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O HA ESTADO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA POSITIVA EN COVID-19 EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS.

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	BIVIANA CAMACHO SANABRIA	APELLIDOS:	CAMACHO SANABRIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52932517	TELÉFONO:	3125467015
DIRECCIÓN:	Calle 11C 73 52	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	HECTOR FABIAN	APELLIDOS:	MORENO ESCOBAR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79538225	TELÉFONO:	—
DIRECCIÓN:	Calle 11C 73 52	CELULAR:	3102720427

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 79538225

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____
C.C. 1018438428

NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo HECTOR FABIAN MORENO ESCOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 79538225 Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 11C 73 52, actuando en calidad de acudiente del menor MA. PAULA MOLENO CAMACHO identificado con la tarjeta de identidad No. 1013024277, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales Santiago Duarte, escuela deportiva de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2026.

Declaro conocer las características de las actividades a desarrollarse en el marco del programa, las eventuales circunstancias que pudieran surgir durante las actividades deportivas, cuya responsabilidad asumo enteramente. En consecuencia, soy consciente de los posibles riesgos que se pueden generar con ocasión del desarrollo de dichas actividades, y, en consecuencia, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad que éstos puedan causar a terceros.

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utilizar las imágenes y voces del menor el cual represento, con fines enteramente publicitarios, en los medios y formas que las entidades nombradas anteriormente lo dispongan, sin derecho a compensación alguna, hasta los Cuatro (4) años siguientes a partir de la firma de este documento.

Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS FAMISANAR del régimen CONTRIBUTIVO.

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes MARZO de 2026.

Firma: _____

Nombre: Hector Fabian Moreno E. C.C. 79538225.

Famisanar
EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA PAULA MORENO CAMACHO identificado(a) con TI 1013024277 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/06/2019**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 10 días del mes marzo del 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.013.024.277

MORENO CAMACHO

APELLIDOS

MARIA PAULA

NOMBRES

Maria Paula

FIRMA



07-SEP-2015

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-SEP-2033 O+ F

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

16-ENE-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

P-1500150-01339491-F 1013024277-20230124 0095937238A 1 8506915082

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79538225**

MORENO ESCOBAR

APELLIDOS

HECTOR FABIAN

NOMBRES

Fabian Moreno E.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1970**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUL-1988 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500116-45104342-M-0079538225-20020912 **02943** 02253A 02 130379362