



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FICHA DE INSCRIPCIÓN
PUENTE ARANDA ACTIVA 2026
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR: Johan Trujillo AÑO: 2026
LUGAR DE CLASE: Salón Comunal Alquería HORARIO: 9-10

INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO: Maria Elena R.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 57 364 806 EPS: Colsonitas
FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/1976 EDAD: 50 años
DIRECCIÓN: XI 51D 36 SUR RRB 51B 37B SUR 29 BARRIO: Alquería
TELÉFONO O CELULAR: 312 753 7809

SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD SI ☐ NO ☐ CUAL?

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

SEXO/GÉNERO: Masculino: ☐ Femenino: ☒ LGTBI: ☐
ETNIA: Afro: ☐ Room: ☐ Indígena: ☐
Gitano: ☐ Otra: ☐
VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ☐ NO ☒
DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ CUAL? ☐
NUEVAS CIUDADANAS: ☐

INFORMACIÓN FAMILIAR

(En caso de emergencia comunicarse con)

NOMBRE COMPLETO: Maria Elena Rodríguez Castillo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 57 364 806 BB
TELÉFONO O CELULAR: 312 753 7809

FIRMA DEL USUARIO: [Firma] c.c. 57 364 806
FIRMA DEL INSTRUCTOR (A): Johan Trujillo c.c. 1061 048626

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 (EXONERACIÓN)

Yo Hortia Elena Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 52 364 806 Bto y con domicilio en la dirección KR 910 378 Sur 79, manifiesto y autorizado para participar en el programa Puente Aranda activa 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, 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 resultado, asumo cualquier responsabilidad por los daños que puedan ser causados, a las personas bajo mi responsabilidad o que estos puedan causar a terceros.

De igual forma, expreso que me encuentro 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 a mi salud y declaro que me encuentro afiliado (a) a la entidad promotora de salud EPS nombrada en la ficha de inscripción.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Junta de Acción Comunal del barrio, 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 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 de influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

Por medio del presente documento 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 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.

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

Firma del beneficiario: ED

Nombre: Hortia Elena Rodriguez Postillo

Cédula de Ciudadanía: 52 364 806 Bto

- El hurto o faltarle de medidores, rejillas y tapas.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.

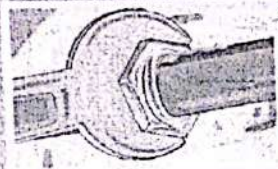
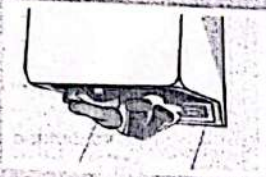
cualquiera de las siguientes situaciones, así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

Denuncia en la Línea 116



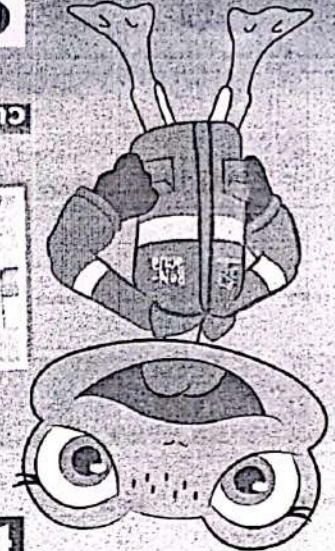
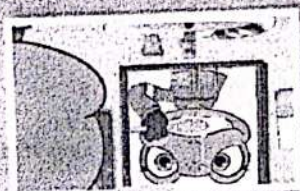
Cuidamos el agua para cuidar de ti.

Usa la lavadora con la carga completa.



Revisa y repara las fugas de agua.

Cierra la llave cuando te cepilles los dientes.



ESE PEQUEÑO GESTO QUE ADOPTAMOS DURANTE EL RACIONAMIENTO DEBE QUEDARSE PARA SIEMPRE.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO



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

Interventorías, Fincas, delimitación, Crea, contribuyente, Autorización

116
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: B4 RUTA: B44060A

BIMESTRAL

10030924

Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

13214050315

Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Descarga el Documento Equivalente Electrónico

¡Hola!

Factura a nombre de
CECILIA R DE LEYVA

Dirección del predio
KR 51D 37B SUR 29

Barrio: OSPINA PEREZ

Localidad: PUENTE

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 3

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor

Marca BAYLAN
Serie 12091757

Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas 1/2

Período facturado FEB/06/2026 - ABR/06/2026

Pago oportuno MAY/13/2026

Suspensión MAY/19/2026

Fecha esperada próxima factura
JUL/07/2026

Fecha y hora de generación factura
ABR/24/2026 07:04:21

Fecha y hora de expedición factura
ABR/24/2026 11:21:54



Agradecemos tu compromiso con el uso responsable y el ahorro del agua. Juntos hacemos la diferencia.

En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Liámanos

116 Acueducto

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

cadena. PBI 890 930 534 - 0

15679

135651 66534

Scanned with
CamScanner



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

PROFESOR: John Trujillo AÑO: 2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Colegio Andres Bello
DEPORTE: Futbol
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Alqueria

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: Luis David Quintero Ponzio
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 5357074 EPS: Compensa
FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/2016 EDAD: 9 años
DIRECCIÓN: Balle 40 Sur #52B-10 BARRIO: Alqueria
TELÉFONO O CELULAR: 3344603359

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: María Ponzio APELLIDOS:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 5358045 TELÉFONO: 3344603359
DIRECCIÓN: Balle 40 Sur #52B-10 CELULAR:

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES: Peter APELLIDOS: Quintero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 5356326 TELÉFONO: 3232344538
DIRECCIÓN: Balle 40 Sur #52B-10 CELULAR:

FIRMA DEL ACUDIENTE: [Firma] C.C. 5358045

FIRMA DEL PROFESOR (A): John Trujillo
C.C. 1030694095

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 Mayra Rengifo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 535 8095, domiciliado en la dirección Bogotá, actuando en calidad de acudiente del menor Seis Quintero identificado con la tarjeta de identidad No. 535 7074, 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.

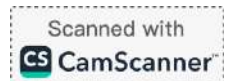
Adicionalmente, certifico que el niño(a) a mi cargo está afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensa del régimen contributivo.

Se firma en Bogotá a los 05 días del mes Mayo de 2026.

Firma:

Nombre:

c.c.



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

Que el(la) señor(a) **MAYRA BELEN RENGIFO REBOLLEDO** identificado(a) con Permiso Protección Temporal 5358045, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'IGT SERVICES AND TECHNOLOGIES COLOMBIA S.A.S' NIT 901148432, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230101	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
PETER VLADIMIR QUINTERO SANDOVAL	CY	5356326	PT	20230101	No Registrada	Activo
LUIS DAVID QUINTERO RENGIFO	HI	5357074	PT	20240308	No Registrada	Activo
SAMUEL ANDRES QUINTERO RENGIFO	HI	5357361	PT	20230101	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:
Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5358045

COL

RENGIFO REBOLLEDO
APELLIDOS
MAYRA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

947986422061976
CIVIL

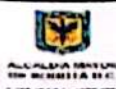
22-06-1976
FECHA DE NACIMIENTO

31-03-2022 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



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

PROFESOR: Johan Trujillo AÑO: 2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: IED Andres Bello
DEPORTE: Futbol
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: MUJO

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: mateo Parada Vasquez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1012926022 EPS: Compensar
FECHA DE NACIMIENTO: 23/03/2020 EDAD: 6 años
DIRECCIÓN: Cra 53 35 41 Sur BARRIO: El Tejar
TELÉFONO O CELULAR: 3162462494

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: ☒ Femenino: ☐ LGTBI: ☐
ETNIA: Afro: ☐ Room: ☐ Indígena: ☐
Gitano: ☐
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ☐ NO ☒
DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ CUAL?
NUEVAS CIUDADANIAS:

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Fernanda APELLIDOS: Vasquez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1022349257 TELÉFONO: 3162462494
DIRECCIÓN: Cra 53 35 41 Sur CELULAR: 3162462494

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: Carlos APELLIDOS: Parada
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 80190803 TELÉFONO: 3004538290
DIRECCIÓN: CELULAR: 3004538290

FIRMA DEL ACUDIENTE: Fernanda Vasquez c.c. 1022349257

FIRMA DEL PROFESOR (A):

Johan Trujillo
c.c. 1036694095

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Maria Fernanda Viquez G., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 102239927, domiciliado en la dirección CAS 3 # 35-41 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Mateo Parada, identificado con la tarjeta de identidad No. 1012926072, 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 _____.

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

Firma: Maria Fernanda Viquez G.

Nombre: Maria Fernanda Viquez c.c. 102239927



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 58181635

NUIP 1012926072

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☐ Notaria ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 3 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Primer Apellido PARADA Segundo Apellido VASQUEZ
Nombre(s) NATEO

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 0 Mes M A R Día 2 3 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15996673-4

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

Apellidos y nombres completos

VASQUEZ GONZALEZ MARIA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1022349257

COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

PARADA LARROTA CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 80190803

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PARADA LARROTA CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 80190803

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 2 0

Mes

A 2

Día

1 5

HECTOR ADOLFO SINTURA VARELA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

HECTOR ADOLFO SINTURA VARELA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LV 146 POL 154/15/04/2020

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012926072
NOMBRES	MATEO
APELLIDOS	PARADA VASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/04/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/12/2026 15:39:17 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.349.257**

VASQUEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES

Maria Fernanda Vasquez G.

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-1988**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **O+** **F**

ESTATURA **G.S. RH** **SEXO**

13-JUN-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arnel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00683533-F-1022349257-20150401 0043695182A 1 1463290285

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

PROFESOR: Wilson Trujillo AÑO: 2026
 LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Colegio Andres Bello
 DEPORTE: Futbol
 BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Huza

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: Samuel Alejandro Guarín Morales
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1007316300 EPS: Capital Salud
 FECHA DE NACIMIENTO: 11/05/2016 EDAD: 10 años
 DIRECCIÓN: CR52#41-07 SUR BARRIO: Alquerio
 TELÉFONO O CELULAR: 3205595976

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: Indígena:
 Gitano:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI NO X

DISCAPACIDAD: SI NO X CUAL?

NUEVAS CIUDADANIAS:

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Enika Juliana APELLIDOS: Morales Gallego
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1007316300 TELÉFONO: 3239668787
 DIRECCIÓN: CR52#52#41-07 SUR CELULAR: 3239668787

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: Wilson Mauricio APELLIDOS: Guarín Mejía
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1016031358 TELÉFONO: 3205595976
 DIRECCIÓN: CR52#41-07 SUR CELULAR: 3205595970

FIRMA DEL ACUDIENTE: Wilson Guarín cc 1016031358

FIRMA DEL PROFESOR (A):

Wilson Trujillo
 cc 1030694095

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 Wilson Navilcio Guorin, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 1016031358, domiciliado en la dirección Cx52 #41-07 SUR, actuando en calidad de acudiente del menor Samuel identificado con la tarjeta de identidad No. 1020004027, 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 capitasab del régimen subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes junio de 2026.

Firma: Wilson

Nombre: Wilson NAVILCIO

c.c. 1016031358

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.020.004.027
GUARIN MORALES

APELLIDOS
SAMUEL ALEJANDRO

NOMBRES

Samu Guarin
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-2019
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
11-MAY-2034

FECHA DE VENCIMIENTO 23-MAY-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ M
G S RH SEXO

REVISOR NACIONAL
ALEJANDRO VILLANUEVA

INDICE DERECHO



P-1500150-01359740-M-1020004027-20230608

0116084205A 1

8508307295



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1020004027
NOMBRES	SAMUEL ALEJANDRO
APELLIDOS	GUARIN MORALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	11/05/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 04/30/2026 11:04:38 Estación de origen: 192.168.70.220

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.316.300**

MORALES GALLEGO

APELLIDOS
ERIKA YULIANA

NOMBRES
ERIKA Yuliana morales Gallego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1995**

SAN VICENTE
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

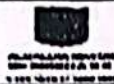
1.52 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-NOV-2013 SAN VICENTE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00753622-F-1007316300-20151007 0046809677A 1 1363604113



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

PROFESOR: Johan Trujillo AÑO: 2026
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Colegio Andrahello
DEPORTE: Futbol
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: 1020

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: Wendy Patricia Castiblanco Pineda
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1018484351 EPS: CSMIKIS
FECHA DE NACIMIENTO: 18 Septiembre 214 EDAD: 11
DIRECCIÓN: K251B15P42507 BARRIO: MUSO
TELÉFONO O CELULAR: 25 22300685142

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: Indígena:

Gitano:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI NO X

DISCAPACIDAD: SI NO X CUAL?

NUEVAS CIUDADANIAS:

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES: Wendy Patricia APELLIDOS: Castiblanco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1622410636 TELÉFONO: 3006805142
DIRECCIÓN: K251B15P42507 SUR 25 CELULAR:

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES: Sebastian David APELLIDOS: Castiblanco Pineda
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1032487149 TELÉFONO: 3234284375
DIRECCIÓN: Diagona 46 No 120 53 CELULAR:

FIRMA DEL ACUDIENTE: causuelo Ovalles cc. 51898432

FIRMA DEL PROFESOR (A): Johan Trujillo

cc. 1020694095

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



BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo consuelo Ovalles Perdomo identificado(a) con cédula de ciudadanía No. de 51898432 4250125 domiciliado en la dirección K251 B B13 N°, actuando en calidad de acudiente del menor consuelo identificado con la tarjeta de identidad No. 1018489391, 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 santitas del régimen Beneficiario

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes JUNIO de 2026.

Firma: consuelo Ovalles

Nombre: consuelo Ovalles cc. 51898432

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.018.489.351**
CASTIBLANCO PATIÑO

APELLIDOS
JUAN JOSE

NOMBRES

Juan Jose

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-2014**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
18-SEP-2032

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

A+ **M**
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01257088-M-1018489351-20210923

0075674613A 1

B502964490

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 Juan Jose Castiblanco Patiño, identificado(a) con TI número 1018489351, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1018489351
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Jose Castiblanco Patiño
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	18/09/2014
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2022
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	01/11/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces

27/05/2026

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÓDIGO DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.022.410.636

PATINO OVALLE

WENDY URRUTIO

Wendy Patino O



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1995
BOGOTÁ D.C.
(CURDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F

ESTADURA G.A. RH SEXO

13-DIC-2013 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA CALVO



A 1500155-03020719 F 1020110000 00000000 0051500000 1 1174102000